

**Decit + 2: atuação do  
Ministério da Saúde em ciência,  
tecnologia e inovação**



**Decit**

**Relatório Final**

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos**  
**Departamento de Ciência e Tecnologia**

**Decit + 2: atuação do Ministério da Saúde  
em ciência, tecnologia e inovação**

**Relatório Final**

**6 a 8 de Dezembro de 2006**

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

**Brasília– DF**  
**2007**

© 2007 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:  
<http://www.saude.gov.br/bvs>

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

Tiragem: 1.<sup>a</sup> edição – 2007 – 1.000 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

Departamento de Ciência e Tecnologia

Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, Bloco G, sala 834

CEP 70058-900, Brasília – DF

Tel.: (61) 3315-3466 / 3298

Fax: (61) 3315-3463

E-mail: [decit@saude.gov.br](mailto:decit@saude.gov.br)

Home page: [www.saude.gov.br/sctie/decit](http://www.saude.gov.br/sctie/decit)

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

#### Ficha Catalográfica

---

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia.

Decit + 2: atuação do Ministério da Saúde em ciência, tecnologia e inovação: Relatório Final: 6 a 8 de Dezembro de 2006 / Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

156 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

ISBN 978-85-334-1334-4

1. Administração em saúde pública. 2. Ciência e Tecnologia. 3. Política de Saúde. I. Título. II. Série.

NLM WA 525-546

---

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2007/0437

*Títulos para indexação:*

Em inglês: Decit +2: The Ministry of Health of Brazil actions in science, technology and innovation: final report: December 6-8, 2006

Em espanhol: Decit +2: actuación del Ministerio de la Salud de Brasil en ciencia, tecnología y innovación: informe final: 6 a 8 de diciembre de 2006

## Sumário

<b>Lista de Siglas</b>	<b>06</b>
<b>Apresentação</b>	<b>11</b>
<b>Cerimônia de Abertura do Decit +2</b>	<b>14</b>
<b>Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS 2006</b>	<b>17</b>
<b>III Encontro Nacional do Programa Pesquisa para o SUS, I Encontro Nacional dos Núcleos de C&amp;T das SES e I Encontro Nacional dos Núcleos de Economia da Saúde das SES</b>	<b>22</b>
<b>I Encontro Nacional de Redes de Pesquisa e Estudos Multicêntricos em Saúde</b>	<b>28</b>
I. Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto – Elsa Brasil	28
II. Estudo Multicêntrico Randomizado de Terapia Celular em Cardiopatias – EMRTCC	34
III. Rede de Pesquisa em Métodos Moleculares para Diagnóstico de Doenças Cardiovasculares, Infecciosas, Parasitárias e Neurodegenerativas	36
IV. VI Encontro da Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Hospitais de Ensino	39
V. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006	43
VI. Rede Multicêntrica de Avaliação de Implantes Ortopédicos – Remato	46
VII. Estudo Multicêntrico para Caracterização Molecular das Hemofilias A e B e Determinação do Estado de Portadora de Hemofilia no Brasil	50
<b>Oficina de Trabalho para Discussão da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde – PNGTS</b>	<b>53</b>
<b>Discussão sobre estratégias de Comunicação e Informação no âmbito do Decit</b>	<b>58</b>
<b>MESA DIA 07/12 – MANHÃ</b>	<b>65</b>
I. Conferência Decit +2: Atuação do Ministério da Saúde em Ciência, Tecnologia e Inovação	65
II. Apresentação: Fortalecendo a Capacidade de Pesquisa Instalada na Área da Saúde para uma Política de Saúde Baseada em Evidências: A contribuição do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde no quadriênio 2003-2006	68
III. Apresentação: Análise das atividades desenvolvidas pelo Decit na implementação da PNCTIS e da ANPPS, 2003 – 2006	70

<b>MESA DIA 07/12 – TARDE</b>	<b>71</b>
I. Conferência: Perspectivas Institucionais da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde	71
II. Apresentação: Órgão de Fomento em C,T&I em Saúde	73
III. Apresentação: Desafios das Américas em relação à Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde	74
<b>MESA DIA 08/12</b>	<b>75</b>
I. Painel: Complexo Industrial da Saúde: subsídios para uma prospecção estrutural da inovação em Saúde	75
II. Painel: Ética e equidade na pesquisa clínica e em saúde pública: Objetivo alcançável	77
<b>Anexos</b>	<b>79</b>
Anexo A: O Decit e a Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde	80
Anexo B: Fortalecendo a capacidade de pesquisa instalada no Brasil para uma política de saúde baseada em evidências: A contribuição do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde no triênio 2003-2005	121
Anexo C: Um curto percurso, no caminho certo	148
<b>Equipe Técnica</b>	<b>152</b>

## LISTA DE SIGLAS

**A&A** – Avaliação e Acompanhamento

**Abrasco** – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

**AG** – Aconselhamento Genético

**Aids** - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

**ANPPS** – Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde

**ANRS** - Agence Nationale de Recherches Sur le Sida (França)

**ANS** – Agência Nacional de Saúde Suplementar

**Anvisa** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

**Ascom** – Assessoria de Comunicação (MS)

**ATS** – Avaliação de Tecnologias em Saúde

**BNDES** - Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social

**BPS** - Banco de Preços em Saúde

**Brats** – Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde

**BVS** – Biblioteca Virtual em Saúde (MS)

**BVS/SP** – Biblioteca Virtual em Saúde de Saúde Pública (MS)

**C&T** – Ciência e Tecnologia

**C&T/S** – Ciência e Tecnologia em Saúde

**CAM** – Matriz Combinada

**Capes** – Coordenação de aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

**CBIOT** - Centro de Biotecnologia (UFRGS)

**CBS** - Comissão de Biossegurança em Saúde

**CDDM** – Centro de Caracterização e Desenvolvimento de Materiais (UFSCAR)

**Cebrap** – Centro Brasileiro de Administração e Planejamento

**CEPs** – Comitês de Ética em Pesquisa

**CES** - Conselhos Estaduais de Saúde

**CG** – Comitê Gestor

**CGDANT** – Coordenação Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DASIS/SVS/MS)

**CGDEP** – Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviço (SVS/MS)

**CGDI** – Coordenação-Geral de Documentação e Informação (SE)

**CGPAN** – Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (SAS/MS)

**CGSAU** – Coordenação-Geral do Programa de Pesquisa em Saúde (CNPq)

**CIBS** - Comissões Internas de Biossegurança em Saúde

**Citec** - Comissão de Incorporação de Tecnologias em Saúde

**CNCTIS** – Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde

**CNPq** – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

**CNS** - Conselho Nacional de Saúde

**Conasems** – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

**Conass** – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

**Coned** - Conselho Editorial (MS)

**Conep** – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

**Copi** - Comissão de Propriedade Industrial (MS)

**CPNSH** - Coordenação da Política Nacional do Sangue e Hemoderivados (DAE/SAS/MS)

**CTA** – Centro Técnico Aeroespacial

**CTI** – Ciência, Tecnologia e Inovação

**CTIS** – Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde

**CTNBio** - Comissão Técnica Nacional de Biossegurança

**CT-Saúde** – Fundo Setorial de Saúde (MCT)

**DAE** – Departamento de Atenção Especializada (SAS/MS)

**DAF** – Departamento de Assistência Farmacêutica (SCTIE/MS)

**Dape** – Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (SAS/MS)

**Daps** - Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (ENSP/Fiocruz)

**DASIS** – Departamento de Análise da Situação de Saúde (SVS/MS)

**Datasus** – Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (MS)

**Decit** – Departamento de Ciência e Tecnologia em Saúde (SCTIE/MS)

**DES** – Departamento de Economia da Saúde (SCTIE/MS)

**DST** – Doenças Sexualmente Transmissíveis

**ECG** - Eletrocardiograma

**Elsa Brasil** – Estudo Multicêntrico Longitudinal em Doenças Cardiovasculares e Diabetes Mellitus

**EMRTCC** - Estudo Multicêntrico Randomizado de Terapia Celular em Cardiopatias

**ENSP** – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Fiocruz)

**FAP** – Fundação de Amparo à Pesquisa

**FAP-DF** - Fundação de Amparo à Pesquisa do Distrito Federal

**Fapeam** – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas

**Fapema** - Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão

**Fapemat** - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Mato Grosso

**Fapemig** – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais

**Fapepi** – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Piauí

**Fapesb** – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia

**Fapesp** - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo  
**FAR/FS** - Departamento de Farmácia da Faculdade de Ciências da Saúde (UnB)  
**FCMSCSP** - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo  
**Fepps** - Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde  
**Finep** - Financiadora de Estudos e Projetos  
**Fiocruz** - Fundação Oswaldo Cruz  
**FM** - Faculdade de Medicina (UFRJ)  
**FMT** - Fundação de Medicina Tropical do Tocantins  
**FMUSP** - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo  
**FUNDCT** - Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico  
**GT** - Grupo de Trabalho  
**HCFMRP** - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP)  
**HCFMUSP** - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo  
**Hemopa** - Fundação Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará  
**Hemope** - Fundação de Hematologia, Hemoterapia de Pernambuco  
**HIV** - Vírus da Imunodeficiência Humana  
**HU** - Hospital Universitário  
**HUCFF** - Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (UFRJ)  
**HUJBB** - Hospital Universitário João de Barros Barreto (UFPA)  
**HUPES** - Hospital Universitário Professor Edgard Santos (UFBA)  
**Ibope** - Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística  
**Ibrag** - Instituto de Biologia Roberto Alcântara Gomes (UERJ)  
**IDH** - Índice de Desenvolvimento Humano  
**IFF** - Instituto Fernandes Figueira (Fiocruz)  
**IME** - Instituto Militar de Engenharia  
**IMIP** - Instituto Materno Infantil de Pernambuco  
**IMPPG** - Instituto de Microbiologia Professor Paulo de Góes (UFRJ)  
**Inahta** - Rede Internacional de Agências de Avaliação de Tecnologias em Saúde  
**Inca** - Instituto Nacional de Câncer  
**INCL** - Instituto Nacional de Cardiologia Laranjeiras  
**Incor** - Instituto do Coração  
**Inep** - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (MEC)  
**Inmetro** - Instituto Nacional de Meteorologia  
**INSERM** - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (França)  
**INT** - Instituto Nacional de Tecnologia  
**Into** - Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia



**ISC** – Instituto de Saúde Coletiva (UFBA)  
**ITA** - Instituto Tecnológico de Aeronáutica  
**ITUC** – Instituto Tecnológico (PUC)  
**J&J** - Jonhson & Jonhson  
**Lacen** – Laboratório Central de Saúde Pública  
**LEBm** – Laboratório de Engenharia Biomecânica (HU/UFSC)  
**LOA** – Lei Orçamentária Anual  
**MAPA** - Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento  
**MCT** – Ministério da Ciência e Tecnologia  
**MDIC** – Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior  
**MMA** - Ministério do Meio Ambiente  
**MS** – Ministério da Saúde  
**Nepo** - Núcleo de Estudos de População (Unicamp)  
**NIH** - National Institutes of Health  
**ODM** - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio  
**OGM** - Organismos Geneticamente Modificados  
**OMS** – Organização Mundial da Saúde  
**Opas** – Organização Pan-Americana da Saúde  
**P&D** – Pesquisa e Desenvolvimento  
**PET** - Tomografia por Emissão de Pósitrons  
**PNCTIS** - Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde  
**PNDS** – Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde  
**PN-DST/Aids** – Programa Nacional de DST/Aids  
**PNGTS** - Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde  
**PNV Hepatite** - Programa Nacional de Vacinação - Hepatite  
**POP** – Procedimento Operacional Padrão  
**PPA** – Plano Plurianual  
**PPGEM** – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Minas, Metalúrgica e De Materiais (UFRGS)  
**PPSUS** – Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde  
**PUC/RJ** – Pontifícia Universidade Católica – Rio de Janeiro  
**Qualisus** - Projeto de Qualificação do Sus  
**Remato** – Rede Multicêntrica de Avaliação de Implantes Ortopédicos  
**RH** – Recursos Humanos  
**Ripsa** - Rede Interagencial de Informações para a Saúde  
**SAS** – Secretaria de Atenção à Saúde (MS)  
**SBPC** – Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência

**SBPPC** – Sociedade Brasileira de Profissionais em Pesquisa Clínica

**SCTIE** - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (MS)

**SE** – Secretaria Executiva

**Senai/Cimatec** – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial

**Seped** – Secretaria de Políticas e Programas de Pesquisa e Desenvolvimento (MCT)

**SES** – Secretaria Estadual de Saúde

**Sesab** – Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

**Sesap** – Secretaria Estadual de Saúde Pública (RN)

**Setec** – Secretaria de Desenvolvimento Tecnológico (MCT)

**Siops** - Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos

**Sisnep** – Sistema Nacional de Ética em Pesquisa

**SMS** – Secretaria Municipal de Saúde

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**SVS** – Secretaria de Vigilância em Saúde

**UERJ** – Universidade Estadual do Rio de Janeiro

**UF** – Unidade Federada

**UFBA** – Universidade Federal da Bahia

**UFC** – Universidade Federal do Ceará

**Ufes** – Universidade Federal do Espírito Santo

**UFF** – Universidade Federal Fluminense

**UFG** – Universidade Federal de Goiás

**UFMG** – Universidade Federal de Minas Gerais

**UFPA** – Universidade Federal do Pará

**UFRGS** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**UFRJ** – Universidade Federal do Rio de Janeiro

**UFSC** – Universidade Federal de Santa Catarina

**UFSCAR** – Universidade Federal de São Carlos

**UJVJM** - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

**UnB** – Universidade de Brasília

**Unesco** – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

**Unesp** – Universidade Estadual Paulista

**Unicamp** – Universidade Estadual de Campinas

**UPC** – Unidade de Pesquisa Clínica do Hospital das Clínicas (UFG)

**USP** – Universidade de São Paulo

---

## **Apresentação**

---

Aproximar o fazer científico do universo de tomada de decisão e formulação de políticas públicas pelos gestores da saúde é o principal objetivo do Departamento de Ciência e Tecnologia em Saúde - Decit, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde - SCTIE/MS. Para sua consecução, o Decit realiza ações direcionadas à implementação e monitoramento da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde - PNCTIS e da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde - ANPPS, chanceladas na 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde - CNTCIS.

O montante de recursos aplicados pelo Decit em ações de ciência, tecnologia e inovação em saúde quadruplicaram entre os anos de 2003 e 2004, em consequência do novo Plano Plurianual 2004-2007, passando de R\$ 14,3 milhões para R\$ 66,5 milhões. Já em 2006, esse investimento foi da ordem de R\$ 75,8 milhões. Desses, cerca de 30% destinam-se ao Programa Pesquisa para o SUS - PPSUS: gestão compartilhada em saúde, programa que financia pesquisas em áreas prioritárias, considerando as especificidades de cada estado e região, buscando, sobretudo, a superação das desigualdades, uma das estratégias da PNCTIS.

Esse orçamento crescente é também a expressão das pontes construídas pelo Decit com diversos parceiros: as áreas técnicas do Ministério da Saúde, o Ministério de Ciência e Tecnologia - MCT, por meio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq e da Financiadora de Estudos e Projetos - Finep, as fundações de amparo à pesquisa e as secretarias estaduais de saúde e de ciência e tecnologia.

A gestão do fomento à pesquisa desenvolvida pelo Decit incentivou a construção de projetos cooperativos e multicêntricos e redes de pesquisa de caráter regional e nacional, investiu em mecanismos de fomento descentralizado, a fim de contribuir com o desenvolvimento regional em ciência e tecnologia em saúde e fortaleceu os Comitês de Ética em Pesquisa - CEPs.

O Decit desenvolve, ainda, ações voltadas ao aprimoramento da capacidade regulatória do estado em temas específicos. No âmbito da biotecnologia, biossegurança e bioética em saúde, o Departamento coordena fóruns de discussões voltados à definição de normas técnicas e viabiliza a articulação e integração intra e interministeriais, com objetivo de subsidiar o posicionamento do Ministério da Saúde diante desses temas. Em 2005, o Departamento mobilizou gestores e comunidade científica para construção de uma política de gestão de tecnologias em saúde, a fim de fortalecer a capacidade regulatória do Estado no que se refere à produção e incorporação de novas tecnologias no Sistema Único de Saúde.

Finalmente, cabe destacar o esforço desencadeado para a estruturação de uma área de comunicação e informação em ciência, tecnologia e inovação em saúde, responsável por gerenciar as informações produzidas pelo Departamento e fornecer subsídios gerenciais para o processo de tomada de decisão nesse campo.

De forma a contribuir para a divulgação de conhecimentos científicos e incentivar a sua incorporação pelo sistema de saúde, o Departamento apóia a realização de eventos relacionados à saúde e promove anualmente o Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS.

Não obstante os avanços alcançados, a crença de que muitas das ações desenvolvidas podem ser aprimoradas e que ainda há muito por fazer motivou a realização deste evento. Dois anos depois da realização da 2ª CNCTIS, considera-se fundamental promover um diálogo com as instituições parceiras do Decit, com os gestores da área de saúde e de ciência e tecnologia e com a comunidade científica, na perspectiva de avaliar o trabalho desenvolvido ao longo dos dois últimos anos, definir mecanismos de institucionalização do fomento à pesquisa no Ministério da Saúde e apontar futuros caminhos de atuação. Nessa direção, foi realizado, entre os dias 06 e 08 de dezembro de 2006, em Brasília, o Decit + 2: atuação do Ministério da Saúde em ciência, tecnologia e inovação.

O evento, que reuniu cerca de 280 pessoas entre representantes da comunidade científica e gestores da área de CTIS, objetivou promover uma avaliação das ações realizadas no Departamento de Ciência e Tecnologia, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, do Ministério da Saúde.

No primeiro dia, foram realizadas oficinas de trabalho e reuniões temáticas para discussão, avaliação e planejamento de várias ações do Departamento de Ciência e Tecnologia em Saúde. Cada uma dessas discussões foi conduzida de forma diferente, utilizando uma metodologia própria, considerando a natureza do tema abordado, além do estágio em que se encontra cada projeto. Os resultados alcançados por esses grupos de trabalhos foram apresentados em plenária realizada no último dia do evento.

A diretora do Departamento, Suzanne Serruya, abriu o segundo dia do evento apresentando, com uma visão crítica e em perspectiva histórica, o esforço político e o percurso do Ministério da Saúde em se inscrever no cenário de fomento à pesquisa e inovações tecnológicas. Em seguida, especialistas convidados imprimiram novos olhares sobre o caminho percorrido pelo Decit, destacando também os desafios a serem enfrentados. O trabalho de análise pelos especialistas deu origem a dois artigos, que são apresentados nos anexos dessa publicação.

Dando continuidade ao debate, o secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Moisés Goldbaum, deu início ao painel Perspectivas Institucionais da PNCTIS, do qual também participou o ex-diretor do Departamento de Ciência e Tecnologia e atual vice-presidente da Fiocruz, Reinaldo Guimarães, e o chefe da Unidade de Medicamentos, Vacinas e Tecnologias em Saúde da Organização Pan-Americana de Saúde, Jorge Bermudez.

No dia 08 de dezembro, o momento foi de debater os desafios e as perspectivas para o futuro. O tema Complexo Industrial da Saúde: subsídios para uma prospecção estrutural da inovação em saúde foi apresentado pelo primeiro conferencista, Carlos Gadelha (ENSP/Fiocruz). Já Dirceu Greco (UFMG) abordou a questão da Ética e da equidade na pesquisa clínica e em saúde pública.

Este material apresenta as discussões realizadas no evento, que proporcionou uma análise do caminho percorrido pelo Departamento nos últimos anos, além de ter sinalizado novas diretrizes de trabalho.

---

## **Cerimônia de Abertura do Decit + 2**

---

### **Composição da Mesa de abertura:**

- Ministro de Estado da Saúde – **Agenor Álvares**;
- Secretário Executivo – **Jarbas Barbosa**;
- Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – **Moisés Goldbaum**;
- Diretor de Políticas e Programas Temáticos do Ministério de Ciência e Tecnologia, representando o Ministro da Ciência e Tecnologia – **Isaac Roitman**;
- Gerente da Unidade de Medicamentos e Tecnologias da Organização Pan-Americana da Saúde, (Opas) no Brasil – **James Fitzgerald**;
- Secretário Municipal de Saúde de Salvador/BA representando o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) – **Luis Eugênio de Souza**;
- Consultor do Conass, representando o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – **Fernando Cupertino**.

### **Discursos:**

#### **Moisés Goldbaum - Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde – SCTIE/ MS**

O secretário Moisés Goldbaum iniciou a solenidade de abertura, ressaltando a importância do evento para a celebração das ações de ciência e tecnologia em saúde, desenvolvidas pelo Departamento de Ciência e Tecnologia – Decit. Lembrou como a área de C&T foi conquistando espaço dentro do MS, com a criação da SCTIE e a importância da comunidade científica nesse processo. Ressaltou que um dos objetivos do evento é mostrar como a atual gestão conseguiu integrar as Políticas de Saúde, de Ciência e Tecnologia e de Desenvolvimento Industrial. Esclareceu que o nome do evento é uma homenagem a 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação realizada há dois anos.

**Isaac Roitman - Diretor de Política e Produção Temática do MCT, representando o Ministro de Ciência e Tecnologia, Sérgio Resende.**

Após os cumprimentos, Isaac Roitman falou da principal função do Decit +2: avaliar o trabalho desenvolvido pelo departamento na implantação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde - PNCTIS e da Agenda Nacional de Prioridade de Pesquisa em Saúde - ANPPS. Enfatizou a realização, junto ao evento, do I Encontro Nacional de Redes de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico e Projetos Multicêntricos. Citou a parceria do Decit/MS com o Ministério da Ciência e Tecnologia - MCT, por meio das agências financiadoras, CNPq e Finep, e citou também a integração com o Fundo Setorial de Saúde, Secretarias Estaduais de Ciência e Tecnologia e as Fundações de Amparo à Pesquisa. Destacou o importante papel desempenhado pelo Decit, em apenas seis anos de existência, no fomento e realização de pesquisas em saúde, como na área de células-tronco, bioprodutos, genoma e proteoma. Finalizou, congratulando o Decit pela continuidade do Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS, que tem como objetivo principal estimular a produção científica, e cumprimentou Moisés Goldbaum e Suzanne Serruya pelo trabalho desenvolvido, desejando que no Decit + 20 possa ser comemorado o sucesso das ações em saúde para a população.

**Agenor Álvares - Ministro da Saúde.**

O ministro Agenor Álvares observou na abertura do Decit + 2 uma excelente oportunidade de encerrar o ano com um importante momento para coroar os trabalhos do primeiro mandato do governo Lula. Fez questão de mencionar que o seu discurso representa o ponto de vista do Ministério e não somente do Ministro da Saúde.

Destacou o investimento em ciência e tecnologia na área da saúde como gerador de desenvolvimento para a conquista de cidadania plena e que o grande desafio é buscar respostas que resultem em novos conhecimentos, no desenvolvimento tecnológico e em benefícios para a população. Outras necessidades apontadas foram a desconcentração do sistema de ciência e tecnologia atualmente adensados no eixo Rio – São Paulo e o estímulo a participação social na defesa dos direitos dos usuários do SUS por novos conhecimentos científicos, produtos e processos para o controle e a erradicação de doenças. Para a sustentação da pesquisa em saúde, verificou a importância de se combinar a capacidade indutiva de pesquisa com o atendimento à demanda espontânea, preservando desta forma a criatividade científica sem perder de vista o atendimento às demandas da população.

O ministro da saúde lembrou que nos últimos quatro anos o MS promoveu um conjunto de ações para assegurar a implementação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, com destaque para: a parceria com o Ministério da Ciência e Tecnologia,

por meio do CNPq e da Finep; a articulação com as Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa; a incorporação aos Fundos Setoriais de Saúde e de Biotecnologia e o trabalho realizado junto aos Fóruns de Competitividade de Biotecnologia e de Cadeia Farmacêutica, o que permitiu o rompimento da distância até então percebida entre as políticas de saúde, de ciência e tecnologia e a industrial. Enfatizou o substancial aporte de recursos no campo da pesquisa que o MS promoveu nos últimos três anos, ultrapassando a média anual de R\$ 70 milhões de reais. Como resultado, destacou o apoio às pesquisas voltadas para as populações vulneráveis, às doenças negligenciadas; à constituição de redes de investigação, como a rede de centros de pesquisa clínica e à avaliação de tecnologias em saúde.

Encerrou seu discurso, chamando a atenção para as questões que deveriam ser analisadas nos próximos dois dias do Decit + 2: para atender a agenda de prioridades e conduzir a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde faz-se necessário a utilização racional dos recursos financeiros, o envolvimento de todo o potencial de pesquisa existente no país e o fornecimento de informações necessárias para a adequada participação do controle social.

Desejou, por fim, que os próximos dias de Decit + 2 fossem de bastante reflexão e produtivos para o SUS e para a sociedade brasileira.



---

**Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS 2006**

---

A Cerimônia de Entrega do Prêmio precedeu as falas do representante do Ministério da Ciência e Tecnologia, Isaac Roitman, e do Ministro da Saúde, Agenor Álvares.

Inicialmente foram entregues as 20 menções honrosas divididas por categoria: as de Trabalho Publicado foram entregues pelo representante do Conass, Fernando Cupertino; as de Especialização por Luis Eugênio de Souza Portela, representante do Conasems; as de Mestrado pelo representante da Opas, James Fitzgerald e as menções honrosas do doutorado foram entregues pelo Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do MS, Moisés Goldbaum. Os prêmios das categorias Especialização e Mestrado foram entregues por Isaac Roitman e das categorias Trabalho Publicado e Doutorado pelo ministro Agenor Álvares. Danielle Emmi, menção honrosa da categoria especialização, devido à pane no sistema aeroviário, não conseguiu chegar a tempo para a cerimônia e recebeu o troféu no dia seguinte, entregue pelo Secretário Moisés Goldbaum. Todos os premiados tiveram pôsteres de seus trabalhos expostos durante o evento. Segue listagem dos premiados:

CATEGORIA DOUTORADO	
MODELO DE SIMULAÇÃO DA INFRA-ESTRUTURA NECESSÁRIA À ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.  <b>Autor:</b> SAINT CLAIR DOS SANTOS GOMES JUNIOR <b>Instituição de Ensino:</b> UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO <b>Orientadora:</b> ROSIMARY TEREZINHA DE ALMEIDA	<b>PREMIADO</b>
A UTILIDADE COMO FUNÇÃO PARA UNIVERSALIDADE E EQÜIDADE: UMA ANÁLISE FORMAL DA VALIDADE INSTRUMENTAL DO ORDENAMENTO ADMINISTRATIVO FEDERAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE BUCAL NO SAÚDE DA FAMÍLIA.  <b>Autor:</b> CARLO HENRIQUE GORETTI ZANETTI <b>Instituição de Ensino:</b> FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ <b>Orientador:</b> MARIA HELENA MACHADO	<b>MENÇÃO HONROSA</b>
AÇÃO COMUNICATIVA NO CUIDADO À SAÚDE DA FAMÍLIA: ENCONTROS E DESENCONTOS ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E USUÁRIOS.  <b>Autor:</b> PRISCILA FREDERICO CRACO <b>Instituição de Ensino:</b> UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO/ RIBEIRÃO PRETO <b>Orientador:</b> MARIA CECÍLIA PUNTEL DE ALMEIDA E JOSÉ R. DE C. M. AYRES	<b>MENÇÃO HONROSA</b>

<p>DIREITO UNIVERSAL, POLÍTICA NACIONAL: O PAPEL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA DE 1990 A 2002.</p> <p><b>Autor:</b> CRISTIANI VIEIRA MACHADO  <b>Instituição de Ensino:</b> UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  <b>Orientador:</b> ANA LUIZA D'ÁVILA VIANA</p>	<p><b>MENÇÃO HONROSA</b></p>
<p>ESTUDO E DESENVOLVIMENTO DE UMA NOVA METODOLOGIA PARA CONFEÇÃO DE SEMENTES IODO-125 PARA APLICAÇÃO EM BRAQUITERAPIA.</p> <p><b>Autor:</b> MARIA ELISA CHUERY MARTINS  <b>Instituição de Ensino:</b> INSTITUTO DE PESQUISAS ENERGÉTICAS E NUCLEARES  <b>Orientador:</b> CONSTÂNCIA PAGANO GONÇALVES DA SILVA</p>	<p><b>MENÇÃO HONROSA</b></p>
<p>PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: DETERMINANTES E EFEITOS DE SUA IMPLANTAÇÃO NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS.</p> <p><b>Autor:</b> ROSANA AQUINO GUIMARÃES PEREIRA  <b>Instituição de Ensino:</b> UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  <b>Orientador:</b> MAURICIO LIMA BARRETO</p>	<p><b>MENÇÃO HONROSA</b></p>

CATEGORIA MESTRADO	
<p>DESENVOLVIMENTO DE TESTE DIAGNÓSTICO RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ROTAVÍRUS.</p> <p><b>Autor:</b> WALDEMIR DE CASTRO SILVEIRA  <b>Instituição de Ensino:</b> FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  <b>Orientador:</b> JUSSARA PEREIRA DO NASCIMENTO</p>	<p><b>PREMIADO</b></p>
<p>A BIODIVERSIDADE AMAZÔNICA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL: ELABORAÇÃO DE EVIDENCIADOR DE PLACA DENTAL UTILIZANDO OS CORANTES DO AÇAÍ E URUCUM E A ANÁLISE COMPARATIVA DE SUA EFICÁCIA EM RELAÇÃO AOS CORANTES SINTÉTICOS.</p> <p><b>Autor:</b> DANIELLE TUPINAMBÁ EMMI  <b>Instituição de Ensino:</b> UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  <b>Orientador:</b> REGINA FÁTIMA FEIO BARROSO</p>	<p><b>MENÇÃO HONROSA</b></p>
<p>COMPARAÇÃO DAS CONDUTAS TERAPÊUTICAS NO TRATAMENTO AMBULATORIAL DAS MULHERES COM CÂNCER DE MAMA.</p> <p><b>Autor:</b> MILENE RANGEL DA COSTA  <b>Instituição de Ensino:</b> UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  <b>Orientador:</b> ROSIMARY T. ALMEIDA</p>	<p><b>MENÇÃO HONROSA</b></p>

<p>DIREITO À SAÚDE, INTEGRALIDADE E PARTICIPAÇÃO: UM ESTUDO SOBRE AS RELAÇÕES ENTRE SOCIEDADE E MINISTÉRIO PÚBLICO NA EXPERIÊNCIA DE PORTO ALEGRE.</p> <p><b>Autor:</b> FELIPE RANGEL DE SOUZA MACHADO  <b>Instituição de Ensino:</b> UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  <b>Orientador:</b> ROSENI PINHEIRO</p>	<p><b>MENÇÃO HONROSA</b></p>
<p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DEMOGRÁFICO DOS ÍNDIOS HUPD'ÄH, AM.</p> <p><b>Autor:</b> MARINA MACHADO  <b>Instituição de Ensino:</b> UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  <b>Orientador:</b> ROBERTO GERALDO BARUZZI</p>	<p><b>MENÇÃO HONROSA</b></p>
<p>VIGILÂNCIA DE EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINA DPT E PREDITORES DE GRAVIDADE. ESTADO DE SÃO PAULO, 1984-2001.</p> <p><b>Autor:</b> FABIANA RAMOS MARTIN DE FREITAS  <b>Instituição de Ensino:</b> UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  <b>Orientador:</b> ELISEU ALVES WALDMAN</p>	<p><b>MENÇÃO HONROSA</b></p>

CATEGORIA TRABALHO PUBLICADO	
<p>INDUÇÃO DE RESPOSTA IMUNE SISTÊMICA E DE MUCOSAS E INIBIÇÃO DE COLONIZAÇÃO NASAL POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE APÓS A INOCULAÇÃO NASAL DE CAMUNDONGOS COM BACTÉRIAS LÁCTICAS RECOMBINANTES EXPRESSANDO O ANTÍGENO A DE SUPERFÍCIE DE PNEUMOCOCCO (PSAA).</p> <p><b>Autor:</b> MARIA LEONOR SARNO DE OLIVEIRA  <b>Revista:</b> MICROBES AND INFECTION</p>	<p><b>PREMIADO</b></p>
<p>AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL EM HIV/Aids NO BRASIL.</p> <p><b>Autor:</b> REGINA MELCHIOR  <b>Revista:</b> REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA</p>	<p><b>MENÇÃO HONROSA</b></p>
<p>DBCOLLHIV: A DATABASE SYSTEM FOR COLLABORATIVE HIV ANALYSIS.</p> <p><b>Autor:</b> LUCIANO VIEIRA DE ARAUJO  <b>Revista:</b> GENETICS AND MOLECULAR RESEARCH</p>	<p><b>MENÇÃO HONROSA</b></p>
<p>IMUNIZAÇÃO INTRADÉRMICA DE CAMUNDONGOS COM A PROTEÍNA DE FUSÃO CTB-PSPA É PROTETORA CONTRA DESAFIO INTRAPERITONEAL COM STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE.</p> <p><b>Autor:</b> ANA PAULA DE MATTOS ARÊAS  <b>Revista:</b> INFECTION AND IMMUNITY</p>	<p><b>MENÇÃO HONROSA</b></p>

<p>MECHANISMS UNDERLYING THE RELAXATION INDUCED BY ISOKAEMPFERIDE FROM AMBURANA CEARENSIS IN THE GUINEA-PIG ISOLATED TRACHEA.</p> <p><b>Autor:</b> LUZIA KALYNE ALMEIDA MOREIRA LEAL <b>Revista:</b> LIFE SCIENCES</p>	<p><b>MENÇÃO HONROSA</b></p>
<p>O MMC EM HOSPITAIS PÚBLICOS DO ESTADO DE S. PAULO, BRASIL: UMA ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO.</p> <p><b>Autor:</b> ANA JÚLIA COLAMEO <b>Nome da Revista:</b> CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA</p>	<p><b>MENÇÃO HONROSA</b></p>

CATEGORIA ESPECIALIZAÇÃO	
<p>PESQUISA DA PREVALÊNCIA DE ANTICORPOS ANTI-HHV-8 EM PACIENTES EM DIÁLISE E EM FILA DE TRANSPLANTE RENAL.</p> <p><b>Autor:</b> MARIANA CAVALHEIRO MAGRI <b>Instituição de Ensino:</b> INSTITUTO ADOLFO LUTZ DE SÃO PAULO - COORDENAÇÃO DOS INSTITUTOS DE PESQUISA <b>Orientador:</b> ADELE CATERINO DE ARAUJO</p>	<p><b>PREMIADO</b></p>
<p>ASPECTOS PSÍQUICOS DA RELAÇÃO PACIENTE – FAMÍLIA – EQUIPE INTERDISCIPLINAR EM ENFERMARIA GERIÁTRICA: IMPACTO SOBRE O TRATAMENTO DO IDOSO.</p> <p><b>Autor:</b> MARCELA ALICE BIANCO <b>Instituição de Ensino:</b> HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL - "FRANCISCO MORATO DE OLIVEIRA" - SÃO PAULO <b>Orientador:</b> KÁTIA DA SILVA WANDERLEY</p>	<p><b>MENÇÃO HONROSA</b></p>
<p>IMPLEMENTAÇÃO DA EDUCAÇÃO NUTRICIONAL NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE: A VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DE USUÁRIOS.</p> <p><b>Autor:</b> WANESSA FRANÇOISE DA SILVA AQUINO <b>Instituição de Ensino:</b> UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA <b>Orientador:</b> SORAIA AUGUSTA DA SILVA CAMPOS</p>	<p><b>MENÇÃO HONROSA</b></p>
<p>O TRABALHO COM FAMÍLIAS REALIZADO PELO CIRURGIÃO-DENTISTA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) DE CURITIBA-PR.</p> <p><b>Autor:</b> RAFAEL GOMES DITTERICH <b>Instituição de Ensino:</b> PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ <b>Orientador:</b> SAMUEL JORGE MOYSÉS</p>	<p><b>MENÇÃO HONROSA</b></p>

<p>ORTODONTIA PREVENTIVA EM SAÚDE PÚBLICA - ESTUDO DE PREVALÊNCIA DA CÁRIE DENTÁRIA, MÁ-OCCLUSÃO E HÁBITOS BUCAIS DELETÉRIOS EM PRÉ-ESCOLARES ASSISTIDOS PELO PSF VISANDO A REFORMULAÇÃO DAS AÇÕES EM PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL.</p> <p><b>Autor:</b> JANE SUELY DE MELO NÓBREGA  <b>Instituição de Ensino:</b> UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  <b>Orientador:</b> JOÁS ARAÚJO TEIXEIRA</p>	<p><b>MENÇÃO HONROSA</b></p>
<p>PROPOSTA PARA CRIAÇÃO DE UNIDADES DE MANUTENÇÃO NO ÂMBITO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DA PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO.</p> <p><b>Autor:</b> JOSÉ MAURO CARRILHO GUIMARÃES  <b>Instituição de Ensino:</b> INSTITUTO DE ESTUDO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO - FUNDAÇÃO JOÃO GOULART, RJ  <b>Orientador:</b> FRANCISCO DE PAULA BUENO DE AZEVEDO NETO</p>	<p><b>MENÇÃO HONROSA</b></p>

---

### **III Encontro Nacional do Programa Pesquisa para o SUS, I Encontro Nacional dos Núcleos de C&T das SES e I Encontro Nacional dos Núcleos de Economia da Saúde das SES**

---

O III Encontro Nacional do PPSUS, além de discutir a estruturação da estratégia de avaliação e acompanhamento das pesquisas apoiadas pelo Programa, abordou outros dois assuntos. Um deles foi a importância da participação mais efetiva dos núcleos de C&T dos estados na condução do programa. O outro, a estruturação de núcleos de economia da saúde nas secretarias estaduais, a ser realizada em parceria com o Departamento de Economia da Saúde.

#### **Participantes da oficina:**

- Acácio Salvador Verão e Silva (FAPEPI);
- Agnes Figueiredo (IMPPG/UFRJ);
- Alexandre Golemo (FAPEMAT);
- Ana Bittencourt Andrade de Oliveira (FAPESB);
- Analberto Inácio Meneguel (SES-ES);
- Arion B. Godoi (SES-SC);
- Cássia da Silveira (SESAP-RN);
- Claudete de Souza Maria (SES-MT);
- Dâmaris Silveira (FAR/FS-UnB);
- Diralucia Pereira de But (SES-BA);
- Dirce Guilhem (UnB);
- Elias Antônio Jorge (DES/SCTIE/MS);
- Elisabete Brocki (FAPEAM);
- Fernando Gusmão Filho (Imip);
- Geraldo Eduardo Luz Junior (FAPEPI-PI);
- Gilberto M. Seemann (SES-SC);
- Gilson Oliveira Reis (SES-PA);
- Janilda Ismênia Junqueira Lopes (FAPEMA);
- Lucinéia Soares da Silva (SES-MT);
- Ludmila Lafetá de M. Neves (Decit/SCTIE/MS);
- Luiz Antonio U. da Silva (SES-SE);
- Luzia Kalyne M. Leal (UFC);
- Márcia A. Pereira Mateus (SES-DF);
- Márcia Motta (Decit/SCTIE/DF);
- Marcus Gustavo Silva Rodrigues (SES-ES);

- Margarete Martins de Oliveira (Decit/SCTIE/MS);
- Maria das Graças Santos Cavalcanti (SES-PE);
- Maria das Graças (SES-CE);
- Maria de Lourdes Oshino (SES/MS);
- Maria do Rosário Magno Cavalcanti (SES-PB);
- Maria Helena Lima Sousa (SES-CE);
- Maria Jalila Vieira de Figueirêdo Leite (SES-RN);
- Maria José Castro d`Almeida Lins (SES-AL);
- Mario Neto Borges (FAPEMIG);
- Maristella Zamborlini Macedo (SES-ES);
- Mauro Fonseca de Souza (SES-PA);
- Nayane Silva de Izaga (FAPESB);
- Nery Cunha Vital (SES-MG);
- Noelia Nunes da Costa (SES-AL);
- Priscila Almeida Andrade (Decit/SCTIE/MS);
- Raquel de A de Lima Coelho (CNPq/CGSAU);
- Renata Jacco dos Anjos (SES-RS);
- Ricardo Luiz B. Guimarães (FAPEMIG);
- Rita de Cássia A Martins (Decit/SCTIE/MS);
- Sergio Eduardo Allen (FAP-DF);
- Soana Angélica Oliveira Molesini (SESAB-BA);
- Telma Maria de Medeiros Bezerra (SES-RN);
- Urânia Gatão Trindade (SES-PB);
- Valdir Aragão do Nascimento (FUNDCT – MS);
- Wagner Luiz de Araújo (DES/SCTIE/MS);
- Walter Marcelo (SES-SE);

### **Painel 1: Perspectiva do PPSUS para 2007**

**Coordenadora da mesa:** Sofia Daher (CNPq/MCT).

**Composição da mesa:**

- Márcia Luz da Motta (Decit/SCTIE/MS);
- Ricardo Vidal (DES/SCTIE/MS).

❖ **Primeira apresentação:** Márcia Luz da Motta

**Avaliação e Acompanhamento das pesquisas do Programa de Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde**

**Objetivos:**

Apresentar o Programa, mostrando sua evolução, resultados alcançados, responsabilidades dos atores envolvidos e o processo de avaliação e acompanhamento das pesquisas apoiadas pelo PPSUS.

**Questões relevantes da apresentação:**

- Apresentou os investimentos em P&D em Saúde de 2000 a 2002, evidenciando que a aplicação de recursos pelo setor público é muito superior a do setor privado;
- A C&T no Ministério da Saúde: o MS ocupa uma posição de destaque na estruturação do esforço de pesquisa em saúde no Brasil, com canais próprios de fomento, capazes de privilegiar os temas da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde - ANPPS e aproximar a pesquisa em saúde das necessidades da política de saúde;
- Marcos institucionais da CTI em saúde: 1a CNCTS, criação do Decit em 2000, criação da SCTIE em 2003, 2a CNCTIS, Política Nacional de CTI em Saúde, ANPPS;
- Campos de atuação do Decit: o Decit atua no fomento à pesquisa em saúde, no aprimoramento da capacidade regulatória do Estado, na comunicação e informação em CTI em saúde;
- Criação de instrumentos de gestão em CTI em saúde: criação do Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação em saúde no MS; do Termo de cooperação técnica com o MCT/CNPq e Finep; e incremento de 372% no volume de recursos financeiros do Decit de 2003 para 2004 (de 14 milhões em 2003 para 66 milhões em 2004);
- O funcionamento do PPSUS foi apresentado, destacando seus objetivos principais e os resultados alcançados pelo Programa no período de 2002 a 2006;
- Esclarecimento do processo e mecanismos de avaliação e acompanhamento - - A&A das pesquisas apoiadas pelo PPSUS: padronização mínima das atividades de A&A, relatórios de A&A das pesquisas e seminários.

❖ **Segunda apresentação:** Ricardo Vidal

**Projeto de estruturação dos núcleos de Economia da Saúde nos estados**



**Objetivos:**

Apresentar o Programa, mostrando sua evolução, resultados alcançados, responsabilidades dos atores envolvidos e o processo de avaliação e acompanhamento das pesquisas apoiadas pelo PPSUS.

**Questões relevantes da apresentação:**

- A estruturação dos núcleos de Economia da Saúde é feita de forma diferenciada nos estados: cada um escolhe a melhor maneira, a mais adequada à sua realidade;
- O primeiro esforço no âmbito da Economia da Saúde e da gestão para estruturação dos núcleos foi nos estados da Bahia, Ceará e Rio de Janeiro, por meio do apoio britânico às pesquisas. Esse apoio foi possibilitado pelo Acordo de Cooperação Técnica Brasil-Reino Unido firmado entre o Ministério da Saúde o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e o Department for International Development (Reino Unido)
- O DES foi criado em 2003, sendo traçadas três áreas de atuação: núcleos e centros, Siops (Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos) e BPS (Banco de Preços em Saúde);
- Atribuições do DES: subsidiar a formulação de políticas, diretrizes e metas da Política Nacional de Saúde; gerir e aprimorar programas com aplicações da economia em políticas na área da saúde; estudos econômicos até estruturação de mercados e formas de intervenção/regulação;
- Ações desenvolvidas pelo DES: BPS; SIOPS; consultoria interna para formulação e avaliação de políticas, ações e projetos; Centro Nacional de Informações em Economia da Saúde, disseminação de informações;
- A ideia principal dos núcleos de economia da saúde é o casamento entre a academia e o serviço;
- O DES pretende disponibilizar 10 mil reais por núcleo, para sua formação e estruturação;
- Foram apresentados os estados que já possuem núcleo (BA, CE, MG, SP e AL) e os que estão em fase de discussão para implantação (SE, PE, ES, TO, PA, DF, RS, PR, SC, RJ, RN e MT);
- Características necessárias aos núcleos: não é necessário que sejam formais, existência de técnicos responsáveis e combinação com núcleos de C&T ou ATS e farmacoeconomia.

## **Painel 2: Fortalecimento dos núcleos de ciência e tecnologia e de economia da saúde das secretarias estaduais de saúde**

**Coordenador da Mesa :** Nery Cunha Vital (SES-MG)

### **Composição da Mesa:**

- Elias Jorge (DES/ SCTIE/ MS);
- Joana Molesini (SES-BA);
- Emerson Ricciardi (DES/ SCTIE/ MS).

### **Apresentações:**

Edital em economia da saúde para 2007

Painelista: Elias Jorge

A experiência do núcleo de ciência e tecnologia em saúde no estado da Bahia

Painelista: Joana Molesini

A experiência do núcleo de economia da saúde do DES em São Paulo

Painelista: Emerson Ricciardi

### **Objetivos:**

- Apresentação e discussão acerca das ações dos núcleos de ciência e tecnologia e de economia da saúde no âmbito das secretarias estaduais de saúde;
- Prospecção das atividades a serem realizadas pelos núcleos em 2007.

### **Principais pontos debatidos:**

- Importância da criação de núcleos de ciência e tecnologia e de economia da saúde nas SES e do fortalecimento dos núcleos já existentes;
- Importância crescente da avaliação econômica de absorção de tecnologias na área da saúde;
- A consolidação de um centro nacional de núcleos para abarcar as questões de ATS e farmacoeconomia;
- Importância da formação continuada de pessoal e formação de massa crítica, no intuito de se associar o ensino e a pesquisa às demandas da gestão;
- A importante participação do Decit na criação e desenvolvimento dos núcleos de ciência e tecnologia nas SES, principalmente por meio do PPSUS;

- A responsabilidade dos núcleos na atuação direta de fomento à pesquisa dentro das secretarias de saúde e no envolvimento dos gestores nos seminários de avaliação e acompanhamento do PPSUS;
- A fundamental participação dos núcleos na capacitação de pesquisadores do serviço de saúde, para a elaboração dos projetos de pesquisa e utilização do currículo Lattes do CNPq;
- A participação dos núcleos na orientação para a eleição de prioridades de pesquisa em saúde locais;
- A participação dos núcleos na busca ativa de grupos de pesquisa nas áreas prioritárias de pesquisa em saúde;
- A importância da inter-relação dos núcleos estaduais para troca de experiências e ajuda mútua;
- As dificuldades relacionadas à atuação dos comitês de ética em pesquisa;
- As dificuldades enfrentadas pelos núcleos, devido a falta de pessoal e excesso de atribuições.

#### **Encaminhamentos:**

- Consolidação das demandas preliminares de prioridades de pesquisa em economia da saúde apresentadas pelos estados;
- Lançamento o Edital do DES em 2007;
- Promoção de cursos, via núcleos, para a elaboração de projetos de pesquisa para os profissionais dos serviços de saúde;
- Aumento, por parte do Decit, do apoio à criação de comitês de ética em pesquisa;
- Utilização da metodologia da CAM, para a eleição de prioridades de pesquisa em saúde estaduais;
- Proposição da criação de uma Câmara Técnica de ciência e tecnologia no Conass;
- Pactuação na Comissão Intergestores Tripartite do envolvimento dos gestores de saúde, nas ações voltadas para o desenvolvimento da ciência e tecnologia em saúde.

---

## **I Encontro Nacional de Redes de Pesquisa e Estudos Multicêntricos em Saúde**

---

---

### **I. Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto - Elsa Brasil**

---

**Coordenadores da oficina:** Eduardo Faerstein (UERJ/FIOCRUZ) e Lílian Rose Peters (Decit/SCTIE/MS).

**Participantes da oficina:**

- Andréa de Fátima Nascimento (DASIS/SVS/MS);
- Bruce B. Duncam (UFRGS);
- Estela Aquino (UFBA);
- Fátima Marinho (DASIS/SVS/MS);
- José Geraldo Mill (UFES);
- Lenildo de Moura (CGDANT/DASIS/SVS);
- Marge Tenório (Decit/SCTIE/MS);
- Maria Del Carmen Lopez (Finep);
- Maria Inês Schmidt (UFRGS);
- Maura Pacheco (Finep);
- Zilda Darci dos Reis Gertrudes (Decit/SCTIE/MS).

**Apresentação:**

O Elsa Brasil é estudo de coorte que possui como principais objetivos:

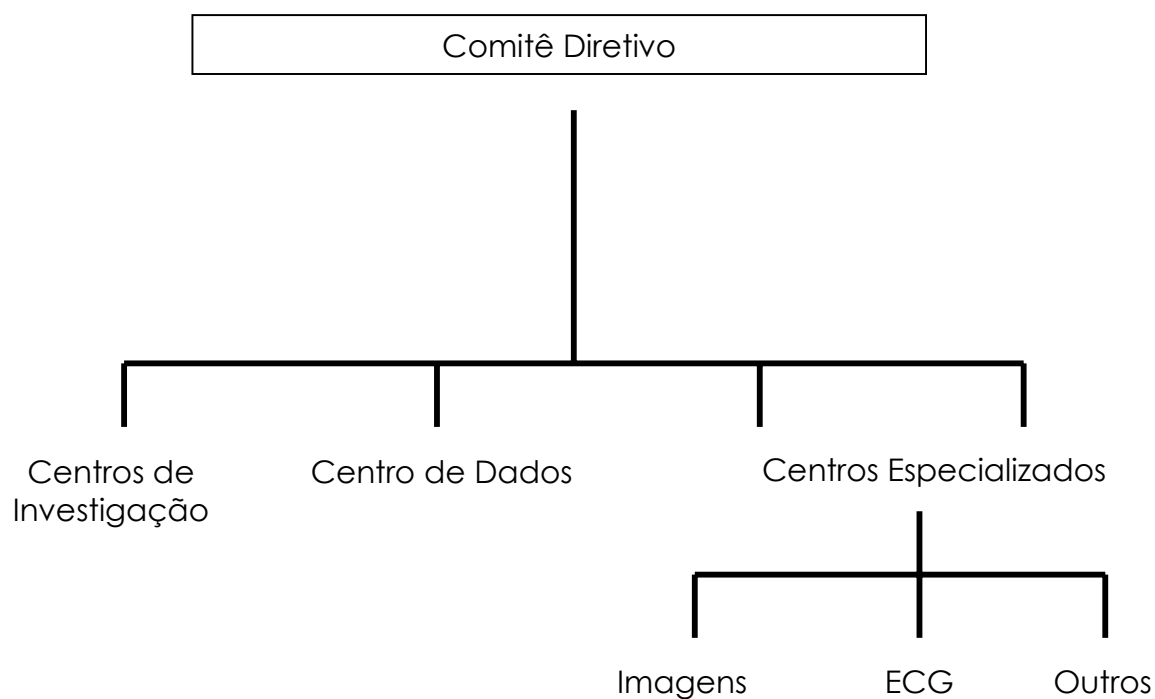
- Estimar, nos participantes, a incidência do diabetes e das doenças cardiovasculares, e estudar sua história natural;
- Investigar associações entre fatores biológicos, comportamentais, ambientais, ocupacionais, psicológicos e sociais relacionados a essas doenças e às complicações decorrentes, buscando compor modelo causal que contemple suas inter-relações;
- Descrever a evolução temporal desses fatores e os determinantes dessa evolução;
- Identificar modificadores de efeito das associações observadas; e
- Identificar diferenciais nos padrões de risco entre os centros participantes que possam expressar variações regionais relacionadas a essas doenças no país.

O estudo possui como meta acompanhar cerca de 15 mil funcionários de instituições públicas de ensino superior e pesquisa (6 estados), entre 35-74 anos de idade. A investigação adota a linha de base (2007-08) - contatos (total  $\approx$  6h) para entrevistas e exames (sangue e urina, antropometria, ECG, eco, retinografia, ultrassom de carótidas e fígado). No seguimento do estudo, serão avaliados os desfechos subclínicos, clínicos e óbitos.

Os participantes farão novas visitas à clínica de 3 em 3 anos. As entrevistas serão feitas anualmente. O seguimento remoto será feito via *linkagem* com bancos de dados nacionais (SUS) e institucionais (afastamentos etc.).

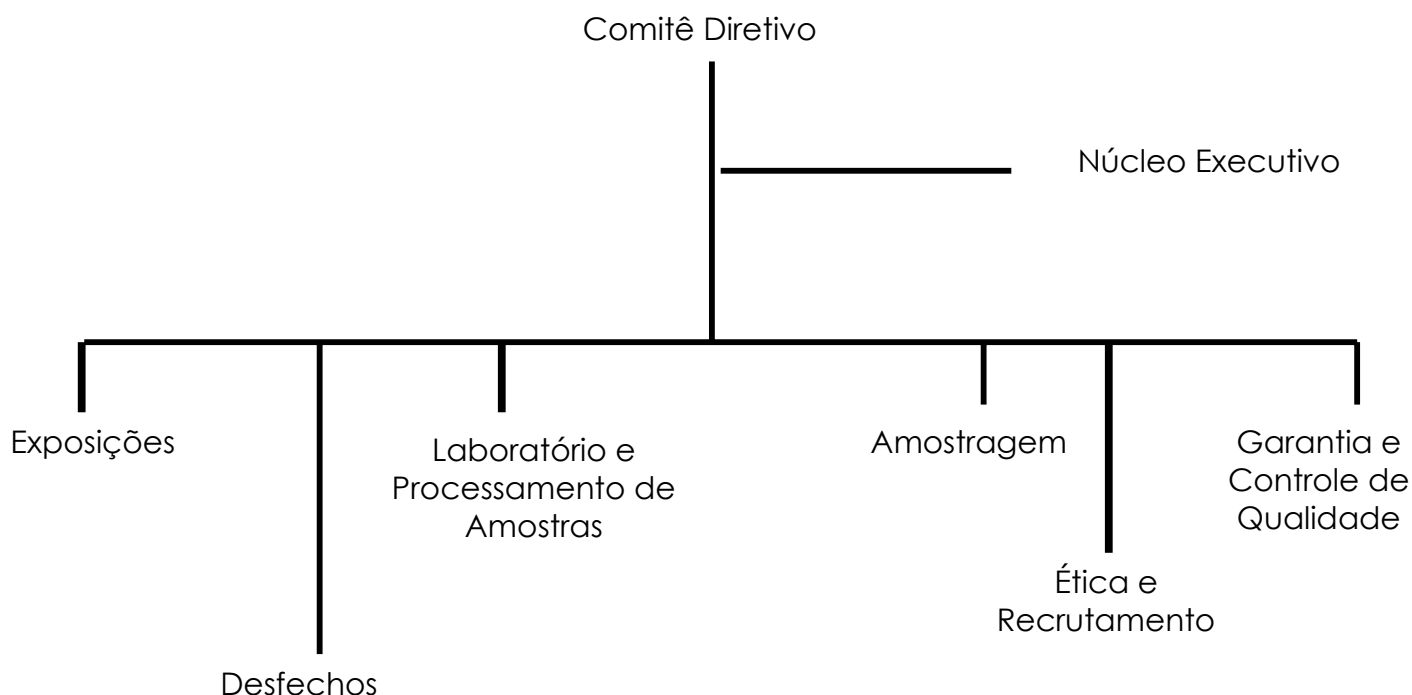
A estrutura do projeto está apresentada na Figura 1.

**Figura 1: Organograma (estrutura) do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto - Elsa Brasil.**



O comitê diretivo (Figura 2) é constituído por 8 investigadores principais e por 2 representantes institucionais , a saber: o coordenador de cada um dos seis Centros de Investigação, o coordenador do Centro de Dados, um consultor técnico indicado pelo Decit, um representante do Decit/MS, um representante da Finep/MCT. O comitê é apoiado por um Núcleo Executivo e um conjunto de Comitês Assessores. As reuniões são realizadas presencialmente e através da comunicação via web (Skipe).

**Figura 2: Organograma (estrutura) do Comitê diretivo do Elsa Brasil.**



**Comitê Diretivo:**

- Bruce Duncan (UFRGS) - coordenador C. Dados;
- Eduardo Faerstein (UERJ/FIOCRUZ) – coordenador CI-RJ;
- Estela Aquino (UFBA) - coordenador CI-BA;
- José Geraldo Mill (UFES) - coordenador CI-ES;
- Maria Inês Schmidt (UFRGS) - coordenador CI-RS;
- Maura Pacheco (Finep/MCT) - representante MCT;
- Moyses Szklo (Johns Hopkins University) - consultor técnico ;
- Paulo Lotufo (USP) - coordenador CI-SP;
- Sandhi Maria Barreto (UFMG) - coordenador CI-MG;
- Suzanne Serruya (Decit/SCTIE/MS) - representante MS.

**Objetivos da oficina:**

Reunião de avaliação do estágio atual dos estudos, avanços e dificuldades encontradas e desenvolvimento de um plano de ação para os próximos anos.

**Estágio atual do projeto:**

Em 2006 foram realizadas três reuniões presenciais do comitê diretivo, cada reunião ocorreu em um estado diferente, a saber: SP (27-28 abr), RJ (19-20 ago), BA (19-20 nov), além de reuniões usando áudio. Reuniões extras também foram necessárias, tais como: reunião preparatória (RS, 26-27 jan), reunião com seis Fundações de Apoio e Finep, reunião técnica sobre exposições, reuniões técnicas presenciais extras para discussão do fluxograma de exames, laboratório central e dieta do participantes do estudo.

O estatuto do estudo será publicado no Diário Oficial da União em breve. O estudo foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (Conep-CEPs).

Foram assinados seis convênios com a Finep e realizadas reuniões nas instituições executoras: reitorias, órgãos colegiados e de recursos humanos, hospitais universitários, associações de funcionários e fundações de apoio.

Atualmente estão trabalhando na preparação e aprovação de termo de cooperação interinstitucional, estatuto do projeto, elaboração de planos de bolsas, elaboração de projetos de construção ou reforma das clínicas e recrutamento de colaboradores e bolsistas para projeto.

O projeto conta com a colaboração de: M. Szklo (U. Johns Hopkins), W. Chambless (U. North Carolina), G. Kaplan (U. Michigan).

O grupo está se movimentando para captar outros recursos financeiros, obtendo êxito em duas FAPs estaduais (BA, RJ), além de ter encaminhado solicitação de apoio ao Instituto do Milênio, ainda sem resposta.

**Principais dificuldades encontradas:**

- Vencer a burocracia inicial;
- Participação efetiva em atividade multicêntrica;
- Pouca experiência;
- Problemas de gestão;
- Equacionar necessidades com recursos;
- Equacionar recursos – Bioteca não foi orçada;
- Transmissão de imagens;
- Caminhar trilhas novas;
- Compra em conjunto de equipamentos;

- Mecanismos de financiamento das equipes;
- Aprender como funcionar dentro das regras de financiamento da Finep.

### **Resultados esperados:**

O projeto contribuirá para a elaboração de políticas integradas de controle de doenças cardiovasculares, diabetes e obesidade com base em evidências brasileiras (Parceria CGDANT, SVS). Gerará oportunidades para formação de uma nova geração de epidemiologistas ao nível doutoral e pós-doutoral (inclusive N-NE-CO) voltados para doenças crônicas do adulto.

### **Plano de trabalho para 2007:**

- Continuidade das atividades preparatórias;
- Desenvolvimento de instrumentos;
- Preparação de sistemas de entrada e de dados;
- Pré-testes, estudos pilotos;
- Cinco ou seis reuniões presenciais Comitê Diretor;
- Áudios mensais (Comitê Diretor), áudios semanais (Núcleo Executivo);
- Áudios, outras reuniões técnicas;
- Dois seminários, sendo um deles em Brasília;
- Início de coleta de dados 2o semestre.

### **Encaminhamentos:**

- Criação de equipe de seis bolsistas administradores, voltada para as tarefas de gestão e monitoramento de atividades que não são específicas às instâncias locais. Cada bolsista ficaria sediado fisicamente em um centro (definir qual modalidade de bolsa mais adequada), e o projeto deverá detalhar o modo de trabalho com o Comitê Diretor e Núcleo Executivo;
- Alocação de recursos do CT-Saúde para bolsas de doutorado e pós-doutorado. Re-encaminhamento de proposta ao Comitê Gestor do Fundo Setorial de Saúde - CT-Saúde, que deverá se reunir em março;
- Inserir a rede de pesquisa como ação programada específica no próximo PPA;
- Elaboração de minuta de projeto de Gestão Colegiada do Elsa Brasil, para exame do Comitê Diretivo, e posterior encaminhamento ao Decit;
- Realização de um seminário conjunto com a Secretaria de Vigilância Sanitária – SVS, na 3ª semana de março de 2007, integrando o projeto do Elsa Brasil ao Plano Nacional de Vigilância e Controle de Doenças Crônicas Degenerativas no Brasil. A participação do Elsa Brasil neste seminário contribuirá para a definição das políticas



de controle de doenças crônicas e permitirá maior visibilidade e divulgação do Elsa Brasil;

- Extensão das reuniões presenciais do Comitê Diretivo para incluir atividades de cunho técnico-científico (mini-cursos, seminários, conferências) com participação de outros pesquisadores e colaboradores Elsa Brasil, e de convidados nacionais e internacionais.

---

## **II. Estudo Multicêntrico Randomizado de Terapia Celular em Cardiopatias - EMRTCC**

---

**Coordenador da oficina:** Antonio Carlos Campos de Carvalho (INCL)

**Participantes da oficina:**

- Ana Paula Reche Correa (Decit/SCTIE/MS);
- Angélica Pontes (Decit/SCTIE/MS);
- José Eduardo Krieger (Incor/ FMUSP);
- Maura Pacheco (Finep);
- Reinaldo Guimarães (Fiocruz);
- Ricardo Ribeiro dos Santos (Fiocruz);
- Suzanne Serruya (Decit/SCTIE/MS);
- Thenille Faria Machado do Carmo (Decit/SCTIE/MS).

**Apresentação:**

O objetivo do estudo é avaliar a eficácia do implante de células tronco da medula óssea na: Doença de Chagas; Doença Isquêmica Crônica; Infarto Agudo do Miocárdio e Miocardiopatia Dilatada.

Atualmente o projeto já incluiu 12 pacientes em infarto agudo do miocárdio; 22 em Doença isquêmica crônica do coração; 92 em Cardiomiopatia chagásica; e 62 em Cardiomiopatia dilatada.

**Dificuldades:**

- Cumprimento de trâmites administrativos para a execução financeira do projeto;
- Dificuldades relacionadas à execução de monitoramento da qualidade dos dados inseridos no sistema informatizado, tendo em vista a complexidade do estudo e a capilaridade da rede.

**Principais pontos debatidos na oficina:**

- 1ª reunião do Comitê de Segurança para avaliação de eventos ocorridos. Conclusão dos especialistas: após análise dos relatórios médicos e documentos relativos ao acompanhamento dos pacientes, o Comitê concluiu que o estudo deverá seguir conforme previsto no protocolo, sem necessidade de alterações;
- Etapas finais da elaboração de artigo científico sobre o EMRTCC para a revista científica TRIALS;
- Questões administrativas relacionadas ao bom andamento do estudo;

- Minutas de portarias ministeriais para formalização do Comitê de Segurança e do Comitê Gestor.

**Encaminhamentos:**

- Publicar portaria ministerial para a formalização do Comitê de Segurança\*
  - \* *Comitê de Segurança: grupo de especialistas sem vínculo com a pesquisa, constituído com a finalidade de avaliar eventos adversos ocorridos durante a realização de procedimentos previstos no protocolo, tanto sob o ponto de vista técnico como ético, no melhor interesse dos sujeitos dessa pesquisa.*
- Publicar portaria ministerial para formalização do Comitê Gestor\*
  - \* *Comitê Gestor: grupo responsável pelas decisões necessárias ao bom andamento do estudo, seja de caráter científico ou operacional, formado por representantes do Decit, da Finep, do centro coordenador e dos centros-âncora.*

---

### **III. Rede de Pesquisa em Métodos Moleculares para Diagnóstico de Doenças Cardiovasculares, Infeciosas, Parasitárias e Neurodegenerativas**

---

**Coordenador da oficina:** José Mauro Peralta (UFRJ)

**Participantes da oficina:**

- Augusto Bencke Geser (Anvisa);
- Eliane Blanco Nunes (Anvisa);
- Flávia Moreno (PN-DST/AIDS)
- Isabel C. A Macedo (Anvisa);
- Leila Maria Lopes Bezerra (UERJ);
- Renata Vieitas (PN - DST/AIDS).

**Apresentação:**

Os objetivos da Rede são estender, para os pacientes do SUS, métodos de diagnóstico disponíveis, quase exclusivamente, em clínicas privadas ou não disponíveis; introduzir procedimentos de pesquisa na dinâmica assistencial do SUS pela associação com a pesquisa universitária; interagir pesquisadores de instituto de pesquisa com profissionais da área da saúde possibilitando a formação de profissionais capazes de atuarem no contexto das diferentes disciplinas envolvidas; propiciar uma avaliação científica mais aprofundada dos casos das patologias em estudo, objetivando uma intervenção terapêutica mais eficaz, e obter um perfil epidemiológico preciso; além de buscar novas opções terapêuticas, compatíveis com o diagnóstico molecular investigado.

Atualmente são desenvolvidos três projetos intitulados: Diagnóstico molecular com base na detecção de DNA e proteínas (antígenos e anticorpos) específicos para agentes infecciosos causadores de doenças de aquisição comunitária e hospitalar; Diagnóstico molecular das doenças cardiovasculares e diagnóstico molecular das doenças neurodegenerativas.

Os métodos de diagnóstico a serem empregados pela Rede serão: Método Enzimático; Método Coagulimétrico; Método de Aglutinação em Látex; Método de ELISA; Método de Western Blot (imunoblot); PCR Qualitativo; Métodos genéticos de tipagem (genotipagem); PCR multiplex para identificação e determinação de resistência a antimicrobianos; PCR em tempo real (método quantitativo) e Proteômica e Imunoproteômica.

A Rede é composta pelos seguintes pesquisadores:

- José Mauro Peralta (Departamento de Imunologia do Instituto de Microbiologia da UFRJ);

- Leila Maria Lopes Bezerra (Departamento de Biologia Celular e Genética do Instituto de Biologia Roberto Alcântara Gomes da UERJ);
- Edson Rondinelli (Departamento de Clínica Médica – HUCFF-UFRJ);
- Marcia Pimentel (Ibrag-UERJ);
- Mauro Pavão (Instituto de Bioquímica Clínica – UFRJ);
- Win Degrave (Instituto Oswaldo Cruz – Fiocruz).

Os centros de pesquisa e unidades hospitalares no Rio de Janeiro em que são desenvolvidos os projetos são:

1. Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF- UFRJ);
2. Hospital Universitário Antonio Pedro (UFF);
3. Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ);
4. Policlínica Piquet Carneiro (UERJ);
5. Evandro Chagas/Fundação Oswaldo Cruz Instituto – Fiocruz;
6. Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho (UFRJ);
7. Depto. de Clínica Médica/Cardiologia (Faculdade de Medicina.- UFRJ);
8. Instituto de Microbiologia Paulo de Góes (UFRJ);
9. Instituto Oswaldo Cruz – Fiocruz;
10. Instituto de Bioquímica Clínica (UFRJ);
11. Instituto de Biologia Roberto Alcântara Gomes (UERJ);
12. Faculdade de Ciências Médicas (UERJ);
13. Laboratório Central de Saúde Pública – Lacen/RJ;
14. Instituto Nacional do Câncer – Inca.

#### **Plano de trabalho para 2007 e 2008:**

- Desenvolver ensaios clínicos para viabilizar a avaliação da performance, utilidade clínica e custo efetividade nos serviços de saúde pública do estado do Rio de Janeiro, com a implantação das metodologias de diagnóstico desenvolvidas pela Rede;
- Formar recursos humanos, técnicos e acadêmicos, para atuar nas diversas etapas dos projetos e criar um programa de bolsas específicas para a Rede;
- Construir e informatizar bancos de amostras clínicas, cepas e painel de soros de referência para controle de qualidade dos laboratórios da rede;
- Criar a Rede Virtual para publicação de trabalhos e divulgação de resultados.

**Resultados esperados:**

A pesquisa proporcionará o diagnóstico molecular preciso das doenças, desta forma possibilitando a procura de opções terapêuticas mais adequadas. Os resultados possuem a vantagem de possibilitarem a extensão das metodologias para outros estudos. As perspectivas dos resultados podem gerar novas descobertas científicas.

Observa-se que a metodologia permitirá acompanhamento terapêutico e delimitação de um perfil epidemiológico mais preciso. Alguns testes diagnósticos desenvolvidos nesta rede substituem testes comerciais.

No Brasil, a legislação exige um tipo de certificação para produtos diagnósticos que parece inviável. Desta forma, se faz necessário criar uma certificação alternativa para métodos "in house". Devem-se colocar as novas metodologias de diagnóstico nos serviços de saúde e criar uma rede virtual mais interativa que pode ser retroalimentada.

A maior dificuldade foi agrupar diferentes instituições para formar uma rede a posteriori e pela diversidade dos temas.

Em 2007, está prevista reunião de coordenação da Rede para certificação das metodologias "in house" e em seguida está prevista uma reunião para apresentação dos resultados pelos coordenadores.

**Encaminhamentos:**

Durante a oficina desenvolvida no Decit + 2, foi apontada a necessidade de se criar regulamentação e (ou) legislação para habilitação dos métodos e serviços gerados pela Rede, enfatizando ainda a validação dos métodos de diagnóstico desenvolvidos até dezembro 2006.

---

#### **IV. VI Encontro da Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Hospitais de Ensino**

---

**Coordenadores da oficina:** Armando Nogueira (HUCFF/UFRJ) e Natália Franco Veloso (Decit/SCTIE/MS).

**Participantes da oficina:**

- Ana Paula Fernandes (HCFMRP/USP);
- Belmiro Salles (CNPq);
- Conceição Acceturi (SBPPC);
- Cristiane Alves (Decit/SCTIE/MS);
- Cristiane Quental (Fiocruz);
- Davi Pereira de Santana (Imip);
- Edgar Marcelino de Carvalho (HUPES – UFBA);
- Greyce Lousana (SBPPC);
- Luiz Carlos de Lima Ferreira (FMT);
- Maria Elisabete Lopes Moreira (IFF – Fiocruz);
- Maria Rita de C. C. Monteiro (HUJBB/UFPA);
- Marlow Kwitko (PUC-RS);
- Maura Pacheco (Finep);
- Max Weber Pereira (Anvisa);
- Salvador Rassi (UPC/UFG);
- Sônia Dainesi (HCFMUSP).

Observação: Devido ao problema dos aeroportos do país, muitos centros não puderam ser representados na reunião.

**Apresentação:**

O objetivo da Rede é consolidar a pesquisa clínica nos hospitais de ensino, priorizando o efetivo comprometimento destas unidades com as necessidades de saúde do país e com as prioridades da política nacional de saúde. Dezenove centros participam da Rede, que é coordenada por Nadine Clausell.

**Pontos discutidos e encaminhamentos:**

**Bolsas:**

- O Decit ficou de entrar em contato com o CNPq e a Finep para conferir o andamento da solicitação de bolsas de cada centro;

- O representante do CNPq explicou os procedimentos sobre solicitação de bolsas - como por exemplo, que as bolsas podem sofrer mudança na duração e na modalidade, de acordo com a necessidade do centro, desde que não se ultrapasse os recursos destinados às mesmas - e se colocou à disposição para maiores esclarecimentos;
- A Finep lembrou que o prazo máximo para solicitar a prorrogação do projeto é um mês antes de seu término. O coordenador que já sabe que necessitará de prorrogação poderá solicitá-la imediatamente junto à Finep.

**Parcerias com outras redes já existentes e entre os centros da Rede de Pesquisa Clínica:**

- O Decit está apresentando a Rede às demais áreas técnicas do MS, com o objetivo de se levantar as demandas de pesquisa destas áreas. Está articulando, também, a parceria com outras duas redes no âmbito do MS, a saber:
  - Rede Brasileira de Centros Públicos de Equivalência e Bioequivalência;
  - Rede Brasileira de Produção Pública de Medicamentos.
- Essas duas redes encontram-se ainda em estágio inicial de funcionamento e a proposta da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos é que as três redes trabalhem de forma conjunta nos próximos anos;
- O Decit também apresentou a Rede Nacional de Pesquisa Clínica na reunião do Comitê Técnico Assessor da área de Imunização do MS;
- Com a conclusão do Portal, as principais linhas de pesquisa executadas por cada Centro poderão ser divulgadas, facilitando o estabelecimento de parcerias e encomendas de estudos;
- Foi lembrada a importância dos centros da Rede apresentarem projetos de pesquisas em parcerias nos editais. O MS em parceria com CNPq e Finep tem estimulado essas uniões para fortalecer os centros menos desenvolvidos. O portal deve ser a ferramenta capaz de dirimir as dificuldades de comunicação e interação entre os membros;
- Assim como cada Centro tem seu Comitê Gestor (CG), foi sugerido que o CG da Rede contratasse um profissional para realizar o agrupamento das pesquisas realizadas por cada centro e sugeriu que fosse pago por meio de uma das bolsas.



**Manual de Qualidade da Rede:**

- Ponderou-se na reunião que é importante definir os Procedimentos Operacionais Padrão - POP's obrigatórios e prioritários e que a Instrução de Trabalho deveria ser particularizada para cada Centro;
- Ficou acordado que cada Centro deverá desenvolver seu Manual de Qualidade, considerando que este seria o modelo para elaboração dos POP's e todos os Centros deveriam disponibilizar para a Rede os POP's obrigatórios como troca de informações;
- É importante a elaboração de um Manual de Qualidade da Rede que servirá de modelo para os Manuais de Qualidade de cada Centro. O Decit ficou de começar a estruturar esse manual para discussão na próxima reunião;
- A lista dos POP's mínimos utilizados pela Anvisa no momento do credenciamento das instituições será enviada a todos por e-mail.

**Portal:**

- O Portal está sendo financiado pelos centros que tinham em seus projetos recursos para esse fim;
- O Inca ofereceu para que o portal fique hospedado no seu servidor e ficou determinada a existência de um Comitê Editorial. Este será composto por representantes dos centros que estão financiando o portal, o coordenador e o vice-coordenador da Rede e para ficar em número ímpar os presentes na reunião votaram pela participação do centro da USP;
- Foram sugeridos os seguintes endereços para acessar o portal:
  - [rede.pesquisaclinica.org.br](http://rede.pesquisaclinica.org.br) (votado como primeira opção);
  - [rnp.org.br](http://rnp.org.br) (votado como segunda opção).

**Outros encaminhamentos:**

- Prazo de término do Portal – março de 2007;
- O Decit encaminhará a lista de POP's mínimos da Anvisa e elaborará um esqueleto do manual de Qualidade da Rede para ser discutida na próxima reunião.

**Dificuldades e Desafios:**

- A Rede não está agindo como Rede;
- Conseguir pessoas para os Centros com somente três bolsas;
- Necessidade de interação entre os membros para troca de informações, de realização de ações em conjunto;
- Necessidade de pensar a continuidade da Rede;
- Importância da definição das atribuições dos profissionais envolvidos na Rede e da necessidade de uma equipe de suporte;
- Necessidade de se diferenciar o coordenador do Centro de Pesquisa do coordenador de cada pesquisa realizada;
- Demanda existente sobre estudos de custo-efetividade, como o estudo das Hepatites encomendado pelo MS. Este tipo de estudo pode vir a ser uma forma de se garantir a sustentabilidade da Rede;
- A maioria dos recursos para pesquisa clínica é proveniente da indústria multinacional e que em função disso os Centros deverão se capacitar no sentido de atender essas demandas.

**Plano de trabalho para 2007:**

- Próxima reunião a ser realizada em Março de 2007 (em uma quinta e sexta-feira a definir) na cidade de Fortaleza, onde será discutido o Manual de qualidade dos centros e da Rede;
- Estão previstas três reuniões presenciais da Rede em 2007: março, agosto e outubro;
- Temas a serem discutidos em 2007:
  - Formação de sub-comitês para agilização das propostas;
  - Cooperação entre os centros;
  - Necessidade de elaboração de indicadores de curto, médio e longo prazo para avaliação de desempenho dos Centros;
  - Capacitação de RH;
  - Gerenciamento de riscos/efeitos adversos;
  - Busca ativa de propostas de estudos;
  - Seguros para estudos clínicos;
  - Conflito de interesse academia X indústria.

---

## **V. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**

---

**Coordenador da oficina:** Heloíza Helena Casagrande Bastos (Decit/SCTIE/MS).

**Participantes da oficina:**

- Ana Cecília Silveira Lins Sucupira (SAS/DAPE/Área técnica de Saúde da Criança/MS);
- Janine Giuberti Coutinho (CGPAN/MS);
- José Lourenço Seixas (Decit/ SCTIE/ MS);
- Lucilene Dias Cordeiro (Dasis/SVS/MS);
- Mônica Alves de Azevedo (Decit/MS).
- Regina Coeli Viola (SAS/DAPE/Área Técnica de Saúde da Mulher/MS);
- Rômulo Paes de Souza (Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome);

Devido a problemas operacionais no deslocamento de São Paulo para Brasília, representantes do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento – CEBRAP, instituição condutora da PNDS, não estiveram presentes para a apresentação no evento Decit +2, desta forma o trabalho foi exposto pela técnica do Decit Heloíza Helena Casagrande Bastos.

**Apresentação:**

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança - que envolve quatro áreas técnicas do MS: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Alimentação e Nutrição e Departamento de Assistência Farmacêutica - é um inquérito domiciliar por amostragem que permite calcular estimativas independentes para cada uma das cinco regiões brasileiras e para os estratos urbanos e rurais. A PNDS foi conduzida pela última vez no ano de 1996 (PNDS-96).

A partir de 1999, o Ministério da Saúde – MS iniciou o planejamento de um novo inquérito que deveria ir a campo em 2001. Em 2005, o Decit lançou o edital 566 em parceria com a Unesco a fim de selecionar uma instituição para conduzir a PNDS no país, sendo o Cebrap a instituição vencedora. A pesquisa foi iniciada em junho de 2006 com projeto piloto, cujos resultados preliminares já estão disponíveis.

A Pesquisa Nacional de Demografia em Saúde da Mulher e da Criança tem como objetivo principal pesquisar sobre a saúde da mulher e da criança. Dados relevantes são apontados nesta pesquisa, como: saúde reprodutiva da mulher, história de nascimentos, anticoncepção, esterilização, planejamento da gravidez, aleitamento materno, vacinação e saúde, casamento e atividade sexual da mulher, segurança alimentar, acesso aos medicamentos, antropometria, exames bioquímicos entre outros.

Destaca-se o módulo de micronutrientes devido a capacidade de avaliar bioquimicamente o estado nutricional das crianças e mulheres no Brasil.

A Pesquisa Nacional de Demografia em Saúde da Mulher e da Criança - PNDS trata-se de uma pesquisa domiciliar por amostragem, cuja amostra será constituída por aproximadamente 15.000 mulheres (15 a 49 anos) e 5.000 crianças (0 a 5 anos) e permitirá calcular estimativas independentes para cada uma das cinco regiões brasileiras e para os estratos urbanos e rurais.

O estudo usa um modelo estratificado de conglomerados aleatório simples, em duas etapas: 1ª etapa, sorteio aleatório dos conglomerados – setores censitários e 2ª etapa, sorteio dos domicílios.

A metodologia de coleta dos dados utiliza questionários que incluem informações sobre a saúde da mulher e de crianças menores de cinco anos de idade.

#### **Atividades desenvolvidas em 2006:**

A pesquisa iniciou-se com projeto piloto em cinco municípios (Beruri/AM; Canto do Buriti/PI; Montes Claros/MG; Porto Alegre/RS e Barra do Garça/MT), com uma amostra de 324 domicílios.

Atualmente a pesquisa está em campo sendo que 89 dos 675 municípios já foram visitados. Até dezembro de 2006 foram realizadas 1.652 entrevistas.

#### **Plano de trabalho para 2007:**

- Controle contínuo do campo: Avaliação por amostragem;
- Construção do Banco de Dados – CSPRO (Census and Survey Processing);
- Dupla digitação dos dados;
- Crítica, consistência dos dados e imputação;
- Preparação do Plano Tabular;
- Terceiro relatório de andamento do projeto;
- Reunião de pesquisadores;
- Tabulação e análise de dados;
- Reuniões previstas: Abril/ Setembro/ Dezembro.

#### **Responsáveis pela condução da PNDS:**

Coordenação Cebrap:

- Elza Berquó;
- Sandra Garcia;
- Tânia Lago.

Pesquisadores:

- Alceu Jordão;
- Ana Maria Segall;
- Carlos Monteiro;
- Edson Perini;
- Estela Maria da Cunha;
- Helio Vannucchi;
- Ignez Perpetuo;
- Laura Wong;
- Suzana Cavenaghi;
- Wolney Lisboa Conde.

Instituições parceiras:

- Núcleo de Estudos de População – Nepo/Unicamp;
- Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp;
- Núcleo de Pesquisas em Nutrição e Saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP;
- Laboratório de Nutrição do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP;
- Executor de Campo: Ibope – Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística.

---

## **VI. Rede Multicêntrica de Avaliação de Implantes Ortopédicos - Remato**

---

**Coordenador da oficina:** Attílio Travalloni (NT/MCT).

**Participantes da oficina:**

- Alfredo Schechtman (Decit/SCTIE/MS);
- Ari Diácomo Ocampo More (LEBm/HU/UFSC);
- Beatriz Mac Dowell Soares (Anvisa);
- Camilo Bento Carletti (CCDM/UFSCar/UNESP);
- Carlos Néelson Elias (IME);
- Cezar Luciano Cavalcanti de Oliveira (SETEC/MCT)
- Daniela Agnida Bento (LEBm/HU/UFSC);
- Francisco de Assis C. Serra (Decit/SCTIE/MS);
- Hélio Schechtman (Fiocruz);
- Ieda Maria Vieira Caminha (INT/MCT);
- José Edilberto Ramalho Leite (DAE/SAS)
- José Seixas Lourenço (Decit/SCTIE/MS);
- Marcelo Barreto (SENAI-BA/CIMATEC);
- Maria da Graça Santana Hofmeister (Anvisa);
- Renato Taqueo Placeres Ishigame (Saúde Bucal/ SAS/ MS);
- Stela Candioto Melchior (Anvisa);
- Telmo Roberto Strohaecker (PPGEM/UFRGS);
- Verônica Fernandes Vianna (Into);
- Walfredo da Silva Calmon (Anvisa).

**Apresentação:**

Os objetivos específicos da Rede Multicêntrica de Avaliação de Implantes ortopédicos - Remato são: fortalecer infra-estrutura para avaliação de implantes, desenvolver procedimentos, metodologias e dispositivos para ensaios de implantes ortopédicos, capacitar RH para avaliação de implantes ortopédicos, ampliar conhecimento sobre a qualidade de implantes usados no Brasil, contribuir para o desenvolvimento de normas técnicas de interesse para a classe de implantes ortopédicos.

A construção da Remato derivou de uma parceria do Ministério da Saúde, por meio do Decit, com o Ministério da Ciência e Tecnologia, pela Finep. O Centro Coordenador da Remato é liderado pelo Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia - Into.

Para execução do projeto a rede encontrou crises de interesses entre a lógica do cirurgião, a lógica da indústria, lógica do mercado e a lógica do direito. E se deparou com perguntas do tipo: qual o material que é bom ou ruim, o importado ou o nacional?

A rede possui uma organização estrutural composta por: comitê gestor, corpo laboratorial, centro coordenador e comitê técnico que possuem as seguintes atribuições básicas:

**Comitê Gestor – CG**

Deliberação das recomendações do Comitê Técnico  
Organização do processo de avaliação do Corpo Laboratorial

**Comitê Técnico – CT**

Coordenação técnico-científica  
Acompanhamento e avaliação do Corpo Laboratorial  
Avaliação/deliberação protocolo funcionamento da Rede

**Corpo Laboratorial – CL**

Treinamento e orientação da equipe técnica  
Realização dos objetivos da Rede  
Garantia de funcionamento da Rede  
Alimentação da base de dados

**Dificuldades:**

- A rede de laboratórios está preparando uma metodologia única de análise;
- Existem problemas técnico-jurídicos a serem analisados;
- Grande preocupação com a sustentabilidade da Rede;
- Problemas para identificar a origem dos implantes e na quantidade da amostra.

**Plano de trabalho para 2007:**

- Estabelecimento de protocolos de gestão da Rede;
- Estruturação da base de dados;
- Implementação da gestão da análise de implantes;
- Promoção de treinamentos;
- Realização de estudos e levantamentos;
- Disponibilização da infra-estrutura laboratorial e início das avaliações dos implantes ortopédicos;
- Estruturação da 2ª Chamada Pública Finep/MS/MCT.

**Resultados esperados:**

- Definição e estruturação de parâmetros para avaliação de implantes;
- Disponibilização da base de dados para resultados de ensaios e gerenciamento de amostras;
- Capacitação de RH para qualificação e gerenciamento laboratorial;
- Análises: qualitativa, da capacitação laboratorial instalada, e quantitativa, de oferta e demanda de ensaios;
- Estabelecimento de subsídios para definição de políticas de capacitação e qualificação laboratorial e para definições de políticas de saúde e sanitária para implantes ortopédicos;
- Estabelecimento e promoção de fóruns para discussão sobre a avaliação e qualificação de implantes.

A Remato é uma Rede nova que possui um grande desafio e caminhos novos a serem traçados. Ao final do estudo, espera-se obter mais segurança quanto à qualidade da resposta dos implantes ortopédicos.

**Comitê gestor**

- Celso Hermínio Ferraz Picado (SEPED/MCT);
- Cezar Luciano Cavalcanti De Oliveira (SEPED/MCT);
- Cláudia Maria Perasso (Finep);
- Edgar Rocca Dos Santos (Finep);
- Fátima Leone Martins (Inmetro);
- Hans Fernando Rocha Dohmann (Centro Coordenador);
- Heitor Luz Neto (Centro Coordenador);
- Ieda Maria Vieira Caminha (Laboratórios);
- José Edilberto Ramalho (DAE/SAS/MS);
- José Seixas Lourenço (Decit/SCTIE/MS) ;
- Lídia Ágata De Sena (Inmetro);
- Maria Da Graça Santana Hofmeister (Anvisa);
- Reinaldo Dias Ferraz De Souza (Seped/MCT);
- Ruben Rosenthal (Seped/MCT);
- Sérgio Luiz Côrtes Da Silveira (DAE/SAS/MS);
- Suzanne Jacob Serruya (Decit/SCTIE/MS);
- Telmo Roberto Strohaecker (Laboratórios);
- Ubirajara Martins Figueiredo (Into/MS);



- Verônica Fernandes Vianna (Into/MS);
- Walfredo Da Silva Calmon (Anvisa).

#### **Comitê técnico**

- Ana Rosa Martins (ITUC/PUC-RIO);
- Attílio Travalloni (INT/MCT);
- Camilo Bento Carletti (CCDM/UFSCar/UNESP);
- Carlos Néelson Elias (IME);
- Carlos Rodrigo de Mello Roesler (LEBm/HU/UFSC);
- Claudemiro Bolfarini (CCDM/UFSCar/UNESP);
- Edda Maria Teixeira Simas (Finep);
- Eduardo Alberto Fancello (LEBm/HU/UFSC);
- Francielli Cristine Cunha Mel (Anvisa);
- Francisco de Assis C. Serra (Decit/SCTIE/MS);
- Heitor Luz Neto (Centro Coordenador);
- Ieda Maria Vieira Caminha (INT/MCT);
- Jaílton Carreteiro Damaceno (Inmetro);
- José Edilberto Ramalho Leite (SAS/DAE/MS);
- José Seixas Lourenço (Decit/SCTIE/MS);
- Lídia Ágata de Sena (Inmetro);
- Lúcia Terezinha Garcia Pimenta (Centro Coordenador);
- Luís Antônio da Silva (UFVJM);
- Marcos José de Castro (Finep);
- Paulo Cesar Dahia Ducos (IME);
- Ralf Wellis de Souza (PPGEM/UFRGS);
- Sérgio Leal Braga (ITUC/PUC-RIO);
- Sérgio Luiz Côrtes da Silveira (SAS/DAE/MS);
- Telmo Roberto Strohaecker (PPGEM/UFRGS);
- Ubirajara Martins Figueiredo (Into/MS);
- Valéria Almeida Alves (UFVJM);
- Verônica Fernandes Vianna (Into/MS);
- Walfredo da Silva Calmon (Anvisa).

---

## **VII. Estudo Multicêntrico para Caracterização Molecular das Hemofilias A e B e Determinação do Estado de Portadora de Hemofilia no Brasil**

---

**Coordenadora da oficina:** Suely Meireles Rezende (UFMG e CPNSH/ DAE/ SAS/ MS).

**Participantes da oficina:**

- Alexandre Lemos (Hemopa/UFPA);
- Ana Tereza Ribeiro Vasconcelos (LNCC);
- Andréa Maranhão (UnB);
- Arnaldo Zaha (CBIOT/UFRGS);
- Eliana Cardoso Vieira (CPNSH/DAE/SAS/MS);
- Eliane Bandinelli (UFRGS);
- Isabel Cristina G. P. dos Santos (Decit/SCTIE/MS);
- Israel Roisenberg (UFRGS);
- Marcelo Brígido (UnB);
- Maura Pacheco (Finep);
- Mônica Angélica Carreira Fragoso (Decit/SCTIE/MS);
- Natália Franco Veloso (Decit/SCTIE/MS);
- Raul Antônio Moraes Melo (Hemope);
- Sandra de A. Carvalho (Finep).

**Apresentação:**

O "Estudo multicêntrico para caracterização molecular das hemofilias A e B e determinação do estado de portadora de hemofilia no Brasil" tem como objetivos: determinar as bases moleculares das hemofilias A e B na população de pacientes com hemofilia; determinar a condição de portadora em mulheres relacionadas a estes pacientes; fornecer os meios para implantação de programa de aconselhamento genético/orientação familiar às famílias dos pacientes e potenciais portadoras; criar centros de referência para o diagnóstico molecular das hemofilias e outras coagulopatias hereditárias e treinar e capacitar recursos humanos qualificados para desenvolver as técnicas necessárias para a condução do estudo.

**Objetivo da oficina:**

Os objetivos definidos para reunião foram: avaliação dos trabalhos desenvolvidos e do estágio atual do projeto; discussão dos aspectos operacionais e institucionais e das metas e perspectivas do estudo, incluindo a elaboração do cronograma de atividades para 2007.

**Principais pontos debatidos na oficina:**

Cabe destacar que a rede do estudo de hemofilia é composta por 8 centros colaboradores e um centro coordenador, localizado na Universidade Federal de Minas Gerais, sob a responsabilidade de Suely Rezende. Como o estudo encontra-se em fase de finalização do projeto junto a Finep, os principais pontos debatidos foram estratégias para finalização e aprovação do projeto junto à Finep e Comitês de Ética em Pesquisa - CEPs e o elaboração do cronograma de atividades 2007.

**Plano de trabalho para 2007:**

- Encaminhamento e Aprovação do projeto do estudo de hemofilia nos Comitês de Ética em Pesquisa – até março/07;
- Capacitação dos gerentes de projetos, captadores de pacientes e técnicos de laboratórios, incluindo a preparação do material e seleção de participantes – abril e maio/07;
- Elaboração de material para apresentação do processo de elaboração do projeto em eventos e/ou publicações científicas – até fevereiro/07;
- Elaboração de estratégias para realização do Aconselhamento Genético - AG – até dezembro/07;
- Seleção e inclusão dos sujeitos de pesquisa – início em junho de 2007;
- Reunião presencial dos coordenadores em junho e em novembro/07, que serão intercaladas com pelo menos uma reunião virtual mensal.

**Encaminhamentos:****1. Finalização do Projeto**

- Compatibilização e padronização dos projetos apresentados pelos centros colaboradores, com detalhamento dos dados e das especificidades de cada região;
- Revisão do Orçamento do Seqüenciamento, levando em conta a necessidade, em algumas regiões, de mais de um seqüenciador por centro coordenador;
- Adequação do pagamento de bolsistas aos novos critérios da Lei de Inovação, apresentados pela Finep.

**2. Outros assuntos**

- Apresentação dos progressos do *site* do projeto e do Sistema de Gerenciamento de Pesquisa Biomolecular elaborado pelo LNCC;
- Realização da interface entre os dados do Hemovida, sistema desenvolvido pelo Datasus com informações sobre os pacientes de hemofilia, e o sistema que está sendo desenvolvido pelo LNCC. Antes da transferência dos dados, os aspectos éticos envolvidos devem ser resolvidos;
- Sugestão de incorporação de um treinamento na área de genética de hemofilia no curso de especialização em hematologia, a ser promovido pela Coordenação da Política Nacional do Sangue e Hemoderivados - CPNSH.

---

**Oficina de Trabalho para Discussão da Política Nacional de Gestão de  
Tecnologias em Saúde - PNGTS**

---

**Coordenadoras da oficina:** Flávia T.S. Elias (Decit/SCTIE/MS) e Maria Novaes (Abrasco).

**Participantes da oficina:**

- Anna Karina Vieira da Silva (Qualisus);
- Cláudia S. Cunha (DAF/SCTIE/MS);
- Déa Mara Carvalho (Conass);
- Elias Antônio Jorge (DES/SCTIE/MS);
- Erika Barbosa Camargo (Decit/SCTIE/MS);
- Fernanda de Oliveira Laranjeira (Decit/SCTIE/MS);
- Fernanda Maciel Rebelo (Anvisa);
- Gerusa Maria Figueiredo (PNV Hepatite);
- Hillegonda Maria Dutilh Novaes (Abrasco);
- Itajaí Albuquerque (Decit/SCTIE/MS);
- Juliana Carrijo Melo (SAS);
- Letícia Krauss (Ensp/Fiocruz);
- Marcos Vinícius Lucatelli (SE/MS);
- Marcus Tolentino Silva (Decit/SCTIE/MS);
- Marisa Breitenbach (Inca);
- Maurício Lima Barreto (ISC/UFBA);
- Maurício Vianna (SAS);
- Nelson Souza e Silva (FM/UFRJ);
- Rosimary Terezinha de Almeida (ANS);
- Sandra Ceciliano de Souza Veloso (Decit/SCTIE/MS);
- Sibebe Ferreira Gonçalves (Conasems);
- Uliana Pontes Vieira (Decit/SCTIE/MS);
- Vinícius Pawlowski (SAS);
- Fernanda de Oliveira Machado (Medtronic);
- Márcia R Moscatelli (Abbott);
- Marcos Dani Pedra Hume (J&J);
- Alessandra Marques (Lilly);
- Vanda Barbosa dos Reis Tota (UFVJM);
- Marcus Gonçalves Silva Rodrigues (SES-ES);
- José Márcio L. Gomes (Advogados Associados Ltda.);
- Alexandra P.M de Britto (SES-RS);

- Francisco Isaias (FEPPS).

### **Apresentação:**

No âmbito da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde - PNCTIS, ressaltamos a estratégia de aprimoramento da capacidade regulatória do Estado que requer: a) a elaboração de uma política específica para direcionar as atividades de avaliação e incorporação, difusão e abandono de tecnologias no Sistema Único de Saúde; b) a institucionalização desse processo nos governos nacional, estaduais e municipais; c) a criação de uma rede de instituições de ensino e pesquisa.

Dessa forma, se iniciou a construção da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde - PNGTS em 2006. O Ministro da Saúde criou uma comissão para elaborar o texto base e delegou a coordenação ao Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, sendo a operacionalização realizada pela Coordenação Geral de Avaliação de Tecnologias em Saúde do Departamento de Ciência e Tecnologia.

A comissão se reuniu em três momentos, elegeu um grupo de relatoria e organizou o trabalho de forma participativa, ampliando o debate por meio de uma consulta pública que foi finalizada em 30/11/2006. A consulta contou com 437 contribuições de 40 participantes, que representaram: gestores da saúde, representantes do setor produtivo, operadoras de planos de saúde, hospitais privados e de ensino, instituições de ensino e pesquisa e associações profissionais.

A oficina objetivou discutir as contribuições de diferentes atores para finalização do documento. Como subsídio, apresentou-se o resultado da consulta pública. Participaram da oficina de discussão da PNGTS 32 pessoas, sendo 23 participantes convidados e nove participações espontâneas.

### **Objetivos da oficina:**

Apresentação da síntese do processo de construção da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, dos objetivos e das diretrizes da Política. Apresentação dos pontos-chave para discussão, gerados a partir dos comentários recebidos na consulta pública.

Discussão dos pontos-chave pelos participantes da oficina e acompanhamento da relatoria, na forma de encaminhamentos de revisão de conteúdo e de processos de trabalho.

### **Resumo executivo da proposta de PNGTS**

- Escopo da Política: pós-pesquisa, desenvolvimento e inovação.
- Problemática:

A partir da década de 90, o crescimento progressivo dos gastos em saúde, influenciado pela crescente produção de tecnologias em saúde e por mudanças no perfil epidemiológico das populações, fez com que se tornasse necessário desenvolver a articulação entre os setores envolvidos na produção, incorporação e utilização de tecnologias nos sistemas de saúde.

Além disso, os gestores se vêm pressionados com as conseqüências técnicas, orçamentárias e financeiras da “judicialização” da saúde.

- Definição de gestão de tecnologias em saúde: atividade gestora dos processos de avaliação, incorporação, difusão, gerenciamento da utilização e retirada de tecnologias a serem adotadas/financiadas pelo sistema de saúde.
- Definição de tecnologias em saúde: medicamentos, equipamentos e procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, educacionais, de informação e de suporte e os programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população.
- Objetivo Geral: Maximizar os benefícios de saúde a serem obtidos com os recursos disponíveis, assegurando o acesso da população a tecnologias efetivas e seguras, em condições de equidade.
- Diretrizes:
  1. Utilização de evidência científica para subsidiar a gestão: Avaliação de Tecnologias em Saúde.
  2. Aprimoramento do processo de incorporação de tecnologias.
  3. Racionalização da utilização da tecnologia.
  4. Apoio ao fortalecimento do ensino e pesquisa em gestão de tecnologias em saúde.
  5. Sistematização e disseminação de informações.
  6. Fortalecimento das estruturas governamentais.
  7. Articulação político-institucional.

**Pontos debatidos na oficina:**

- Consenso sobre a necessidade de uma política explícita no campo da avaliação e incorporação de tecnologias em saúde;
- Participação do setor produtivo, sociedades representativa de profissionais e pacientes, poderes judiciário e legislativo;
- Modelo de Gestão da PNGTS: Agência Executiva de Pesquisa (Avaliação de Tecnologias em Saúde) ou coordenação de atividades realizadas pelas instituições do MS e agências reguladoras;
- Abrangência da PNGTS: SUS & Saúde Suplementar; e
- Necessidade de criação de um fórum institucional para discussão da judicialização das políticas de saúde pelos gestores municipais e estaduais do SUS.

**Dificuldades apontadas:**

O documento recebeu críticas e sugestões durante a Oficina. Faltou entendimento do que se considerou ser um documento de política. Alguns atores solicitaram a inclusão de fluxos e instrumentos de trabalho. No entanto, conceitualmente, um documento de política deve conter a descrição das situações problema, os princípios, os objetivos, as diretrizes gerais de atuação e as responsabilidades dos atores envolvidos. Não contempla métodos de trabalho e fluxos operacionais.

**Encaminhamentos:**

- **Revisão de conteúdo:**
  - Explicitar o escopo da PNGTS e suas relações com a PNCTIS, Política Industrial e políticas regulatórias (ANS/Anvisa);
  - Uniformizar os itens que tratam da abrangência da política, considerando as particularidades do SUS e da saúde suplementar;
  - Destacar o papel do setor produtivo, de sociedades profissionais, de usuários e de instituições de ensino e pesquisa nas diferentes fases do ciclo de vida de tecnologias em saúde;
  - Descrever as relações com os poderes Legislativo e Judiciário;
  - Verificar inclusão do princípio da precaução na PNGTS;
  - Descrever mecanismos de articulação com sociedades profissionais;



- Explicitar as formas de publicidade dos estudos de ATS e do processo de decisão de incorporação para gestores, usuários, indústrias, juízes e profissionais de saúde;
- Aprimorar definições do glossário;
- Explicitar os critérios para incorporação e retirada de tecnologias obsoletas do sistema, como por exemplo: efetividade, custos, equidade, gerenciais etc;
- Incluir as vocações de cada instituição do MS e agências e a necessidade de criação de corpo técnico especializado;

As sugestões específicas de revisão de parágrafos e de conceitos foram registradas pela relatoria e serão apreciadas na ocasião da revisão do documento.

▪ **Próximos passos do processo de trabalho:**

Na oficina, após discussão dos pontos-chave de discordância, sugeriu-se a criação de um fórum de discussão com o setor produtivo (indústrias). A partir das contribuições da oficina, a comissão de relatoria da Política irá finalizar o documento posteriormente e encaminhar para a comissão de elaboração.

Além disso, o documento será enviado para aprovação pela Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde, no âmbito do SUS, e para conhecimento pelos colegiados das agências ANS/Anvisa.

---

## **Discussão sobre estratégias de Comunicação e Informação no âmbito do Decit**

---

**Coordenadora da oficina:** Cristina Lobo (Decit/SCTIE/MS).

**Participantes da reunião:**

- Alcindo Ferla (Fiocruz);
- Ana Maria de Assis (CGDEP/SVS/MS);
- Antonia Angulo (Decit/SCTIE/MS);
- Carlos Coimbra (Fiocruz);
- Daniel Alvão (Fiocruz);
- David Abreu (Decit/SCTIE/MS);
- Ivy Fermon (Decit/SCTIE/MS);
- Jacqueline Gagliardi (Decit/SCTIE/MS);
- João Saraiva (SCTIE/MS);
- José Carvalheiro (Fiocruz);
- Karla Lisboa (Decit/SCTIE/MS);
- Luciana Barreto (Decit/SCTIE/MS);
- Maria Beatriz Amaro (Decit/SCTIE/MS);
- Regina Castro (Bireme/OPAS/OMS);
- Renata Cristina Marques Maia (Decit/SCTIE/MS);
- Renata Osório (Decit/SCTIE/MS);
- Sérgio dos Anjos (CGDEP/SVS/MS).

**Apresentação:**

A discussão sobre estratégias de Comunicação e Informação no âmbito do Decit foi proposta em virtude da criação, em setembro de 2006, no Departamento, da Coordenação Geral de Comunicação e Informação em Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, que tem entre seus principais desafios a elaboração do Plano de Comunicação e Informação do Decit.

**Metodologia da reunião:**

A reunião foi dividida em duas etapas: a primeira sobre as ações atualmente desenvolvidas na coordenação de Comunicação e Informação e os desafios para a institucionalização da área e a segunda sobre a construção dos indicadores para monitorar as ações de fomento do Decit. Devido aos atrasos nos vôos de alguns participantes, o programa da reunião foi invertido e, portanto, iniciaram-se os trabalhos com a exposição sobre o Processo de Construção dos Indicadores para o Monitoramento das Ações de Fomento do Decit.

Discussão sobre o Processo de Construção dos Indicadores para o Monitoramento das Ações de Fomento do Decit

Jacqueline Gagliardi apresentou um breve histórico do processo de construção da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde – PNCTIS e da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde - ANPPS, além de ressaltar um importante instrumento de gestão, o Termo de Cooperação Técnica entre os Ministérios da Saúde e da Ciência e Tecnologia e ampliação do volume de recursos para fomento à pesquisa.

A palestrante destacou que a construção de indicadores e monitoramento das ações de fomento do departamento justifica-se por subsidiar a tomada de decisão dos gestores e divulgar o resultado das ações de fomento às pesquisas do Decit, além de acompanhar e avaliar as estratégias de fomento; analisar e acompanhar os projetos financiados; orientar a alocação de recursos e definições de prioridade de pesquisa em saúde; avaliar processos e resultados do fomento e apoiar as ações de comunicação interna e externa.

Para construir os indicadores de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde - CTIS do Decit o universo utilizado para a seleção das variáveis foram: a) os editais de pesquisa em todas as etapas - elaboração, julgamento, contratação e financiamento, características gerais dos projetos encaminhados e resultados -; b) os projetos estratégicos somente nas etapas de contratação e financiamento, características gerais dos projetos encaminhados e resultados. Desta forma, considera-se fonte de dados os editais de pesquisa, os relatórios e atas dos julgamentos das propostas, os formulários dos projetos, as bases de dados CNPq e Datasus (PPSUS) e a Plataforma Lattes do CNPq. A metodologia empregada na construção dos indicadores CTIS se baseou nos critérios de qualificação estabelecidos pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSa e nas estratégias da PNCTIS. O desenvolvimento desse trabalho foi realizado conjuntamente com os técnicos do Decit seguindo as fases de consulta para

definição das variáveis; elaboração do formulário para coleta de dados; definição da lista preliminar de indicadores; avaliação do elenco básico de indicadores de CTIS pelo Decit e por consultores. O processo de elaboração dos indicadores ainda está em fase de desenvolvimento e, portanto, é imprescindível a avaliação e contribuição dos especialistas presentes no Decit + 2.

Para dar visibilidade à metodologia utilizada foi exemplificado o indicador de proporção de projetos financiados segundo o tema da ANPPS nos critérios de qualificação de indicador - conceituação; usos; limitações; fontes; método de cálculo e categorias de análise - estabelecidos pela RIPSA, e ainda a classificação dos indicadores de acordo com as estratégias da PNCTIS. Dando continuidade à explanação, alguns exemplos de informação obtida por meio dos indicadores foram apresentados tais como: a distribuição percentual dos recursos financeiros destinados ao fomento à pesquisa segundo a modalidade de contratação (Decit, 2003-2005), o que permite comparar as modalidades de fomento; proporção das faixas de recursos dos projetos financiados; proporção do financiamento dos projetos selecionados por região geográfica; proporção do tipo de recurso (custeio, capital ou bolsa) utilizado nos projetos financiados; proporção da atividade das Instituições Executoras dos projetos financiados; proporção de valor recomendado por subagenda da ANPPS; distribuição do número de projetos financiados segundo temas e linhas da subagenda de Saúde da Mulher e proporção de projetos de pesquisa epidemiológica e dos recursos financeiros por região no ano de 2004.

Como sugestão de avaliação de indicadores é possível utilizar os critérios de validade, confiabilidade, sensibilidade, especificidade, disponibilidade, custo-efetividade, integridade e consistência interna constantes na publicação da Organização Pan-Americana de Saúde - Opas. Ao final da explanação a palestrante propôs questões a serem discutidas com base na avaliação das variáveis e avaliação dos indicadores considerando o número de indicadores para o elenco básico; formulação (definição, usos, conceitos, categorias de análises); comparabilidade externa e se realmente mensuram o que pretendem.

**Principais pontos debatidos:**

Durante o debate sugeriram considerações pontuais na lista dos indicadores com destaque para:

- alterar a palavra gênero por sexo na denominação do indicador proporção de projetos financiados por gênero do grupo estudado;
- acrescentar especialização na conceituação do indicador proporção de projetos financiados com proposta de formação de recursos humanos em nível de pós-graduação;
- substituir a expressão perspectiva de impacto na denominação do indicador proporção de projetos financiados segundo perspectiva de impacto do projeto;
- avaliar se é interessante elaborar um indicador de grupo de pesquisa ao qual o pesquisador está vinculado;
- avaliar se a idade do pesquisador é realmente um indicador importante;
- verificar a definição de alguns indicadores e definir se a análise será realizada por valor de número absoluto ou proporção;
- questionou-se a importância dos indicadores de proporção de projetos financiados segundo a atividade do órgão e proporção de projetos e recursos financiados pela classificação dos resultados das pesquisas;
- verificar se a distribuição dos indicadores nas categorias de componentes de fomento é de interesse da comunidade científica;
- redefinir os indicadores para que tenham comparabilidade externa tornando-os indicadores nacionais;
- avaliar se os mecanismos de fomento do Decit proporcionaram melhora na distribuição dos recursos e na capacitação dos pesquisadores.

Uma questão bastante debatida foi a criação de uma rede de pesquisadores financiados pelo Decit com intuito de abrir espaço para socializar a publicação e divulgação das pesquisas. Como sugestão foi abordada a vinculação do pesquisador com o Decit por meio de cláusula detalhada no edital. Ainda durante o debate sugeriram alguns questionamentos e sugestões tais como:

- articular com as áreas técnicas do MS para definir indicadores de adesão a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde;
- indicadores de resultado poderão ser avaliados por indicador qualitativo;
- elaborar indicador de difusão que aborde o número de artigos, publicações ou patentes a partir da pesquisa desenvolvida.

## **Encaminhamentos:**

Para dar continuidade e enriquecer a discussão sobre os indicadores de ciência e tecnologia elaborados pelo Decit foi sugerido o estudo aprofundado do elenco de indicadores quanto ao número para compor o elenco básico e formulação (definição, usos, conceitos, categorias de análises). Os especialistas se comprometeram a encaminhar as sugestões por e-mail.

### Discussão sobre Comunicação e Informação no Decit: contexto e desafios

A segunda exposição foi sobre Comunicação e Informação no Decit: contexto e desafios, ministrada por Cristina Lobo, que elencou as ações de comunicação e informação em andamento no Decit e as relacionou com as estratégias da PNCTIS dando destaque para a diretriz Difusão dos Avanços Científicos e Tecnológicos. Essa diretriz consiste em: contemplar uma política de comunicação em saúde, eleger indicadores de avaliação e formas de difusão da produção científica, estruturar sistema informatizado on-line e garantir apoio às revistas científicas editadas no Brasil. Ressaltou ainda a importância do processo de construção da PNCTIS e da ANPPS, do Termo de Cooperação Técnica entre os Ministérios da Saúde e da Ciência e Tecnologia, que objetiva criar condições técnicas e operacionais para o desenvolvimento das atividades de fomento no âmbito do Ministério da Saúde, e a evolução do fomento à pesquisa no Decit nos anos de 2004 a 2006. O aumento e diversificação das ações de fomento conduzidas pelo Decit são atribuídos a ampliação dos parceiros e expressiva participação de áreas técnicas do Ministério da Saúde como, por exemplo a SAS, SGETES e SGP; a diversificação das características dos projetos; a realização de amplo processo de eleição de prioridades e a participação financeira de outras áreas do Ministério da Saúde e Fundos Setoriais do MCT.

Atualmente a estrutura do Departamento está constituída por cinco áreas: Desenvolvimento Institucional, Biotecnologia, Fomento à pesquisa, Avaliação de Tecnologia em Saúde e Comunicação e Informação. A Coordenação Geral de Comunicação e Informação foi criada em setembro de 2006 com a missão de coordenar e implementar as ações de comunicação e informação em ciência, tecnologia e inovação em saúde, no âmbito do Decit, focada para os objetivos específicos de: 1) desenvolver e implementar o Núcleo de Informação em Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde - NICTIS, com a cooperação técnica da Fiocruz, para monitorar as ações de fomento conduzidas pelo Decit; 2) definir e implementar estratégias de divulgação científica direcionadas para usuários, pesquisadores, gestores e prestadores do SUS; e 3) articular-se permanentemente com as áreas

técnicas de comunicação e informação do Ministério da Saúde para potencializar os esforços e conferir maior institucionalização às ações.

A coordenadora da área de comunicação e informação destacou as ações em andamento, tais como: o desenvolvimento do sistema informatizado que comporá o NICTIS; a construção de elenco de indicadores (preliminares) de monitoramento da área; a participação do grupo de trabalho da RIPSa estadual; publicações de material técnico: boletins informativos, revistas, artigos; a reestruturação do *site* do Decit dentro do Portal do MS; o apoio a eventos técnicos por meio de edital; a realização da 5ª edição do Prêmio de Ciência e Tecnologia e articulação com as áreas técnicas do Ministério da Saúde.

Mostrou a seguir alguns resultados das ações acima mencionadas: o Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS, realizado nos anos de 2002 a 2006 totalizou um conjunto de 19 trabalhos premiados, 95 menções honrosas, 17 estados das cinco regiões brasileiras contempladas e 35 instituições de ensino e pesquisa do país, cabendo destaque para os temas de atenção básica (39%) e ciência e tecnologia (25%). Citou também o apoio à divulgação científica, por meio de convênio com a Revista de Saúde Pública da Universidade de São Paulo resultando um investimento total de R\$ 256.720,00 com divulgação de quatro artigos sobre as ações do Decit na seção Informes Técnicos Institucionais. Ações como o apoio a eventos científicos em saúde proporcionaram resultados expressivos nos anos de 2003 a 2006 com recurso crescente de R\$ 250mil a 4,9 milhões, número de chamadas de 1 para 7 e número de eventos apoiados de 5 a 110 em três anos de realização.

A atividade do NICTIS apresenta como principais objetivos: a gestão, o monitoramento e avaliação do processo de implementação da ANPPS; a sistematização e disponibilização dos dados para monitoramento interno e externo das ações de fomento do Decit, compreendendo todo o processo – da construção dos editais aos resultados de pesquisa; construção de elenco básico de indicadores para o monitoramento das ações do Decit e divulgação das ações e resultados alcançados para gestores, usuários, prestadores e trabalhadores do SUS.

Neste contexto foram citados os desafios da Coordenação de Comunicação e Informação sendo esses: 1) instrumentalizar o processo de monitoramento da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) e da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS); 2) desenvolver um Plano de Comunicação e Informação para responder às necessidades do Decit, coerente com as diretrizes da PNCTIS e da ANPPS e articulado com as áreas técnicas do Ministério da Saúde; 3) elaborar o Projeto Editorial para nortear as ações de difusão do

conhecimento no âmbito do Decit, de acordo com as normas estabelecidas pela Assessoria de Comunicação Social do MS (Ascom) e Conselho Editorial do Ministério da Saúde (Coned); 4) sistematizar e disponibilizar os dados para o monitoramento interno e externo das ações de fomento do Decit, compreendendo todo o processo – da construção dos editais aos resultados de pesquisa; 5) criar mecanismos de incorporação do conhecimento produzido pelas ações de fomento do Decit nas políticas e nos sistemas e serviços de saúde; 6) ampliar as parcerias com as áreas técnicas do Ministério da Saúde como Datasus, Ascom e CGDI/SE para aperfeiçoar, dar sustentação e conferir maior institucionalização ao Plano de Comunicação e Informação do Decit. De todos esses desafios citados, a reunião se concentrou em abordar a construção do Plano de Comunicação e Informação do Decit; as estratégias de difusão do conhecimento científico e tecnológico para usuários, pesquisadores e gestores do SUS e a definição de diretrizes para elaboração do edital de apoio a revistas científicas.

#### **Encaminhamentos:**

A principal questão discutida foi a importância da articulação com as áreas que atuam em comunicação e informação no âmbito do MS, sendo esta questão a base para os seguintes encaminhamentos:

- mapear dentro do MS as áreas que atuam em comunicação e informação com a finalidade de apontar interlocutores que possam auxiliar na difusão de conhecimento científico e tecnológico fomentado pelo Decit, por meio de iniciativas já existentes como a BVS;
- criação de um grupo de trabalho em comunicação e informação dentro do Conselho de Ciência e Tecnologia;
- o Decit deve criar mecanismos de incorporação das pesquisas premiadas no Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS;
- propor ao MCT que a IV Semana de Ciência e Tecnologia tenha como tema a pesquisa em saúde.

Outro ponto discutido foi a definição das diretrizes para elaboração do edital de apoio a revistas científicas que resultou nas seguintes sugestões:

- apoiar preferencialmente revistas já conceituadas;
- elaborar critérios de seleção transparentes;
- definir como contrapartida espaço na revista para publicação de textos voltados ao público geral (linguagem não científica) e ao gestor;
- questionou-se o formato do apoio a revistas científicas (edital) será a melhor opção de repasse de recursos.



---

**MESA DIA 07/12 - MANHÃ**

---

**Coordenador da Mesa:** Jarbas Barbosa – Secretário Executivo do Ministério da Saúde

**Conferencista:** Suzanne Jacob Serruya – Diretora do Departamento de Ciência e Tecnologia do MS

**Debatedores:** José da Rocha Carvalheiro - Presidente da Abrasco – Associação de Pós-graduação em Saúde Pública  
Luis Eugênio Souza - Secretário Municipal de Saúde de Salvador  
Cristovam Diniz - Universidade Federal do Pará

---

**I. Conferência Decit +2 : Atuação do Ministério da Saúde em Ciência, Tecnologia e Inovação.**

---

**Suzanne Jacob Serruya**

**Principais pontos abordados:**

- Os marcos legais que culminaram na construção da II Conferência Nacional de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde 2004 e a consolidação do Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde considerado um marco institucional;
- O compromisso ético e social de melhoria das condições de saúde da população brasileira considerando as diferenças regionais e buscando a equidade, integralidade e universalidade;
- As ações do Decit se baseiam nas estratégias da PNCTIS e o trabalho desenvolvido pelo Departamento desde 2003 é de compatibilizar as atividades de fomento com a ANPPS atendendo as demandas urgentes do SUS. Um bom exemplo desse desempenho é o lançamento dos editais de 2006 voltados ao financiamento de estudos em doenças negligenciadas, populações vulneráveis e determinantes sociais;
- Na definição de prioridade de pesquisa, em 2004, a etapa de ampliação de temas de pesquisa foi realizada por meio de uma Consulta Pública pela internet com a participação de usuários, profissionais, gestores e pesquisadores. As universidades, institutos de ensino e pesquisa e fundações vinculadas apresentaram 53,1% das contribuições;
- O Plano Plurianual 2004-2007 foi fundamental para trabalhar a implementação da Agenda conjuntamente com os parceiros de fomento

(Ministério de Ciência e Tecnologia, CNPq e Finep) na condução e financiamento dos editais temáticos;

- O investimento em 2004 nos editais temáticos foi de aproximadamente 18,8 milhões, o que financiou 289 projetos ou 65,24% da demanda, as pesquisas financiadas pelos editais de 2005 obtiveram recurso na ordem de 37,3 milhões financiando 361 pesquisas, o que corresponde a 89,4% da demanda e os editais de 2006 apresentaram financiamento de 63,5 milhões, financiando 286 projetos ou 83% da demanda;
- Os projetos estratégicos desenvolvidos, iniciados em 2004, foram o Programa Nacional de Competitividade em Vacinas – Inovacina com recurso de R\$ 14.361.100,00 e Estudo Multicêntrico Randomizado de Terapia Celular em Cardiopatias – EMRTCC com recurso de R\$ 13.061.000,00, envolvendo quatro centros: dois centros no Rio de Janeiro, um em São Paulo e um na Bahia, coordenado pelo Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras;
- Os projetos estratégicos desenvolvidos, iniciados em 2005, foram o Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Hospitais de Ensino com recurso de R\$ 35.459.644,78 (MS/MCT); o Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto com recurso de R\$ 22.600.000,00 (MS/MCT); a Rede Multicêntrica de Avaliação de Implantes Ortopédicos – Remato com recurso de R\$ 8.226.044,60 (MS/MCT) e a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança com recurso de R\$ 7.772.744,57;
- O projeto estratégico desenvolvido, iniciado em 2006, foi o estudo multicêntrico para caracterização molecular das hemofilias A e B e determinação do estado de portadora de hemofilia no Brasil com recurso de R\$ 5.753.626,45;
- Ao todo foram investidos, desde 2003, R\$ 207,8 milhões somente de recursos do Ministério e R\$ 335 milhões, somando-se as cooperações técnicas;
- O Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde é um dos mecanismos para a superação das desigualdades regionais de C&T em saúde que avalia as pesquisas apoiadas, por meio de mecanismos de acompanhamento dos projetos, questionários enviados aos pesquisadores e seminários periódicos estaduais, fortalecendo ainda a gestão em C&T nas Fundações de Amparo à Pesquisa e nas secretarias estaduais de saúde;
- O número de pesquisas realizadas com 1.000.000 habitantes/região apresentou aumento significativo após a implementação do programa PPSUS. Isso é possível observar ao comparar dados anteriores ao programa e os

atuais. Uma preocupação atual é a distribuição equitativa do recurso disponibilizado para pesquisa dentro de uma mesma região;

- A difusão dos avanços científicos e tecnológicos tem como principais atividades: o Prêmio de Incentivo em C&T para o SUS, que entre os anos de 2002 a 2006 totalizou 19 trabalhos premiados, 95 menções honrosas, 17 estados das cinco regiões brasileiras contempladas e 35 instituições de ensino e pesquisa do país, cabendo destaque para os temas de atenção básica (39%) e ciência e tecnologia (25%); o edital de apoio a eventos, que de 2003 a 2006 contou com recurso crescente de R\$ 250mil a 4,9 milhões, que foram aplicados em sete chamadas públicas, aumentando assim, de 5 a 110, o número de eventos apoiados em três anos de realização; as publicações institucionais; e o Núcleo de Informação em CTIS - sistema de gestão, monitoramento e avaliação do processo de implementação da Agenda de Prioridades, feito a partir da construção de indicadores de monitoramento das ações do Decit, que tem por finalidade a divulgação destas ações para os usuários, gestores e profissionais do SUS, comunidade científica e sociedade em geral;
- Na área de avaliação de tecnologia em saúde novos avanços ocorreram como a elaboração da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde que apresentou 435 contribuições na consulta pública; 42 revisões sistemáticas concluídas e três estudos de avaliação econômica, promoção de cursos de pós-graduação, além da integração do Decit à Rede Internacional de Agências de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Inahta);
- Outra frente importante de atuação e discussão foi a gestão junto às Comissões de Biossegurança, Propriedade Intelectual e Acesso e Uso do Genoma Humano e ao GT de Ética e Pesquisas em Seres Humanos;
- Entre outros desafios é importante avançar nos marcos regulatórios relativos à ética em pesquisa com seres humanos, na instância de prestação de contas em função do controle social e no fortalecimento do Sistema Nacional de Inovação.

---

## **II. Apresentação: Fortalecendo a Capacidade de Pesquisa Instalada na Área da Saúde para uma Política de Saúde Baseada em Evidências: A contribuição do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde no quadriênio 2003-2006**

---

**Cristovam Wanderley Picanço Diniz**

### **Principais pontos abordados:**

- A equidade em saúde, como um valor indispensável ao desenvolvimento humano sustentado, está longe de ser alcançada nos países em desenvolvimento, com a desigualdade crescente alimentando a assimetria na oferta de serviços em saúde;
- A capacidade de pesquisa instalada nos países em desenvolvimento é fraca e a iniquidade em saúde está se alargando dentro e entre os países. Por isso, políticas de saúde precisam ser baseadas em sólida evidência científica;
- Os países em desenvolvimento não conseguem participar de forma eficiente no desenvolvimento de políticas de saúde nacionais e internacionais. O fortalecimento da pesquisa em saúde nos países em desenvolvimento é essencial para construção de políticas de saúde baseada em evidências;
- Objetivo do trabalho: 1º) viés do gestor, tentando detalhar o cenário da pesquisa em saúde no Brasil; 2º) avaliar as ações do Decit em pesquisa em saúde;
- Iniquidade severa na área escolar: 27 milhões de matrículas no ensino fundamental e 8 milhões no ensino médio = 19 milhões de crianças cujo destino é sombrio; Na área rural, o cenário é ainda pior: 9 milhões de matrículas no ensino fundamental e 206 mil no ensino médio;
- Menos de 50% das crianças conclui o ensino fundamental no Brasil. Isto representa um funil de grandes proporções, que dificulta a política de correção, a qual precisamos empreender. Na área rural, a média é de 4 a 5 anos de escola;
- A pirâmide educacional como um todo, com todas as diferenças, é válida para todas as regiões do país, embora as proporções sejam diferentes: 4% de pessoas concluem o ensino superior na região Norte e 13% na região Sudeste; Na Pós-graduação: 1 doutor/100.000 hab (Norte) e 5,6 doutores/100.000 hab (Sudeste); Na Europa: 1 doutor/500 hab;

- A apresentação da Suzanne, diretora do Decit, mostra tentativas de solução das assimetrias regionais. Mas esta tentativa tem de se estender para além da área da saúde;
- O pecado do Brasil é a baixa capacidade de competência instalada. Os pesquisadores devem ser criativos, devido à falta de parcerias para fortalecer a capacidade de pesquisa instalada. Não vamos encontrar atalhos se não definirmos políticas educacionais já;
- A ação do Decit permite que os atores envolvidos atuem para definir prioridades em conjunto. É necessário acelerar a implementação da pesquisa baseada nas necessidades locais e novas ferramentas para garantir que os esforços se implementem. "O fortalecimento da Pesquisa em Saúde nos países em desenvolvimento é essencial para construção de políticas de saúde baseada em evidências";
- Os editais do Decit são concentrados em linhas específicas. Isto reflete uma ação focada na ANPPS, que, pela 1ª vez tenta resolver os problemas regionais de saúde do Brasil. Porém, dentro das subagendas os temas ainda são pequenos (limitados);
- Quanto ao orçamento do Decit para investimento em pesquisas, este é crescente (comparado ao do CNPq). Consegue responder por 50% do total dos investimentos da área das pesquisas em saúde. Para um quadriênio, é um resultado muito importante, pois evita a duplicação de esforços. É necessário, no entanto, iniciar avaliações de mérito já presente nas agências;
- Em relação à superação das desigualdades, é possível observar avanços, todavia, ainda há pouca representatividade das regiões: falta de pesquisas estratégicas nas várias regiões. Envolver o Amapá (que é o protótipo da baixa capacidade de pesquisa instalada) é importante. A variedade de ações indutoras em editais específicos é extremamente importante para a diminuição das desigualdades regionais. O investimento estratégico nas diferentes subagendas (temas) da ANPPS e o desenvolvimento de pesquisas epidemiológicas, que realimentem a ANPPS, são fundamentais para o prosseguimento das ações;
- Conclui, citando avanços conquistados pelo Decit e reflete que por todas essas razões é preciso preservar suas ações e evitar que se aplique a regra de que contribuições relevantes devem ser sempre sucedidas por recuos substantivos, a cada ciclo de governo.

---

### **III. Apresentação: Análise das atividades desenvolvidas pelo Decit na implementação da PNCTIS e da ANPPS, 2003 – 2006**

---

**José da Rocha Carneiro**

#### **Principais pontos abordados:**

- Destacou a importância da criação do Decit e posteriormente da SCTIE para o desenvolvimento da pesquisa em saúde no Brasil e a importância das parcerias com o MCT e MDIC e instituições de ensino e pesquisa;
- Comentou sobre a grande contribuição do Decit no projeto Inovacina, que tem a capacidade de proporcionar o desenvolvimento industrial de vacinas e aumentar a competitividade nacional diante do mercado mundial;
- Ressaltou que a produção científica em saúde não deve se resumir no desenvolvimento de tecnologias, mas também contemplar a temática da prestação de serviços de saúde;
- Apontou a importância do PPSUS para a descentralização dos recursos financeiros para a pesquisa em saúde, no entanto, argumentou que, para que ocorram inovações radicais e aumento da competitividade, a pesquisa de ponta deve ser centralizada;
- Exaltou o esforço do Decit no investimento na atenção às doenças negligenciadas, apontando a importância da pesquisa nessa área própria do nosso “nicho”;
- Sobre o Sistema CEP/Conep, considerou a necessidade do MS coordenar a função regulatória e de controle social das pesquisas que envolvem seres humanos;
- Concluiu, ressaltando que o Decit está no caminho certo para cumprir o mandato da segunda Conferência, e que, os métodos de criação de redes de pesquisa e articulação com outros setores, estão em consonância com os objetivos do Decit, porém o resultado a ser “colhido” ainda é distante.

---

### **MESA DIA 07/12 - TARDE**

---

**Coordenadora da Mesa:** Rita Barata – Professora da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

**Conferencista:** Moisés Goldbaum – Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do MS

**Debatedores:** Reinaldo Guimarães - vice-presidente de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico da Fundação Oswaldo Cruz  
Jorge Bermudez - chefe da Unidade de Medicamentos, Vacinas e Tecnologias em Saúde da Opas/OMS

---

### **I. Conferência: Perspectivas Institucionais da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde**

---

#### **Moisés Goldbaum**

#### **Principais pontos abordados:**

- Ressaltou as qualidades do trabalho desenvolvido pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE;
- Ponderou que o momento é propício para repensar a SCTIE, já que o Departamento de Assistência Farmacêutica – DAF faz parte dessa Secretaria e é um departamento forte como fonte de financiamento;
- Enfatizou a importância de utilizar o poder de compra do Ministério da Saúde para alavancar a pesquisa e o desenvolvimento brasileiros;
- Apontou os avanços da Política de CTI em Saúde no MS;
- 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, que deu origem à Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e à Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde;
- A constituição do Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde;
- A articulação das instâncias do SUS em ações extramuros;
- O aporte incremental de recursos financeiros;
- A cooperação técnica entre Ministério da Saúde e o Ministério da Ciência e Tecnologia;
- A cooperação técnica entre Ministério da Saúde e a Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial;
- Destacou o diálogo entre as Políticas de Saúde, de Ciência e Tecnologia e a Política Industrial e a importante articulação interministerial entre os ministérios da Ciência e Tecnologia – MCT, de Desenvolvimento Indústria e

Comércio Exterior – MDIC, Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento – MAPA, Ministério do Meio Ambiente – MMA e o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social - BNDES;

- Citou as repercussões da PNCTIS, como por exemplo:
  - Articulação interna no Ministério da Saúde;
  - Inversão de modalidades “encomendas e editais”;
  - Estímulo à formação de redes e à forma de organizá-las;
  - Desconcentração do processo de apoio ao campo da C&T/S;
  - Criação da CITEC – Comissão de Incorporação de Tecnologia;
  - Apoio aos processos de transferências de tecnologias;
- Pontuou algumas perspectivas da política:
  - Inscrição definitiva do MS na política de CT& I/S;
  - Participação efetiva no Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia da Presidência da República;
  - Incremento sinérgico e substancial dos recursos financeiros (parcerias);
  - Mestrados profissionais;
  - Estímulo ao intercâmbio através do aprimoramento da organização e manutenção de redes de pesquisa;
- Apontou, por fim algumas perspectivas quanto à institucionalização:
  - Instâncias de fomento à pesquisa no SUS;
  - Consolidação do processo em todas as instâncias, em especial no MS.



---

## **II. Apresentação: Órgão de Fomento em C,T&I em Saúde**

---

**Reinaldo Guimarães**

### **Principais pontos abordados:**

- Destacou dois momentos da história recente da ciência e tecnologia em saúde: a maneira pela qual o Decit passou a se apresentar (articulação dentro e fora do MS) devido à potência financeira; e a criação de ferramentas de fomento para possibilitar o gasto do recurso – Termo de Cooperação entre MS e MCT de 15/07/2004 – apoiado pelo então Secretário Executivo, Gastão Wagner;
- A partir desses marcos, o Decit conquistou avanços importantes: capacidade de alavancar os investimentos dos parceiros e estímulo ao aumento de recursos na área da saúde por outros órgãos; mobilização dos parceiros; fomento passou a ser orientado segundo a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde – ANPPS; impacto positivo no ambiente de pesquisa em saúde;
- Apontou alguns desafios para o Decit: necessidade de mais recursos na LOA; investir nos próximos quatro anos mais da Política de Inovação; e incrementar ações de regulação;
- Justificada pela mudança que vem ocorrendo desde 1999 na política de inovação e pela necessidade de verticalizar a política de fomento, propôs a criação da Agência Brasileira de Pesquisa e Inovação em Saúde – Inovasus, órgão de fomento à pesquisa e inovação vinculado ao Ministério da Saúde;
- Tal órgão seria organizado com personalidade jurídica própria, encamparia as funções do Departamento de Ciência e Tecnologia da SCTIE/MS e atuaria em três instâncias: formulação e coordenação, operação e controle e acompanhamento;
- Sugeriu como seria o financiamento da agência, e apontou a necessidade de se discutir sobre a oneração de setores produtivos e responsáveis por forte dívida sanitárias (fumo, bebidas alcoólicas e outras);
- Aposta que a grande diferença será a relação dos comitês do CT-Saúde e a área de formulação e coordenação da agência.

---

### **III. Apresentação: Desafios das Américas em relação à Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde**

---

**Jorge Bermudez**

#### **Principais pontos abordados:**

- Uma das propostas da Opas para atingir os objetivos de desenvolvimento do milênio – ODM é colocar no centro da agenda de desenvolvimento a melhora da saúde de nossas populações;
- Citou dados sobre a exclusão social e sobre iniquidade no âmbito da saúde e reforçou que esse tema deve estar sempre como pano de fundo de todas as discussões sobre ciência, tecnologia e inovação em saúde;
- Expôs os oito objetivos de desenvolvimento do milênio relacionados à saúde, do total de 18 metas, e apresentou a expectativa de que em 2015 melhore a situação de saúde mundial;
- Citou a política farmacêutica como exemplo para se tratar Ciência e Tecnologia em Saúde, pois envolve as políticas de saúde, de ciência e tecnologia e industrial, de forma intra e interministerial;
- Explicou que a Opas tem trabalhado o acesso a produtos de qualidade e a tecnologias essenciais, e as políticas de regulação;
- Falou do apoio da Opas à cooperação técnica entre os países, que visa a fortalecer o desenvolvimento da política nacional de saúde com triplo enfoque: resolver a agenda inconclusa, proteger as realizações alcançadas e enfrentar os novos desafios; estimulou o Brasil a compartilhar os avanços obtidos, com os outros países, já que a região apresenta carência de políticas nacionais de C&T e limitado uso de evidência científica para tomada de decisões;
- Observou que o Brasil está entre os países de desenvolvimento inovador, com pouca força econômica, mas com alta capacidade de inovação e que essa capacidade de inovação deve ser explorada e discutida;
- Colocou, ao final, algumas questões para reflexão: devemos ter muito claro quanto estamos investindo em C,T&I em saúde e quais são os resultados; devemos saber onde acontece a inovação: a descoberta do produto, o seu desenvolvimento e o seu abastecimento e como percorrer esse caminho; e como alinhar C&T em saúde com o desenvolvimento econômico, social e cultural.

---

## **MESA DIA 08/12**

---

**Coordenador da Mesa:** José da Rocha Carneiro – Presidente da Associação Brasileira em Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco.

**Painelistas:** Carlos Gadelha – Pesquisador do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (Daps/Ensp/Fiocruz);

Dirceu Greco - Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

---

### **I. Painel: Complexo Industrial da Saúde: subsídios para uma prospecção estrutural da inovação em Saúde**

---

**Carlos Gadelha**

**Principais pontos abordados:**

- O descompasso entre o grande esforço de prospecção tecnológica no Brasil (que cresce) e a capacidade competitiva tecnológica (que regride);
- Apresentados indicadores que comprovam o hiato entre conhecimento e inovação, com destaque para 80% da taxa de inovação que se refere a produtos novos apenas para a empresa, o que não indica avanços na competitividade no mercado nacional, mas somente dentro da própria empresa;
- Outro importante indicador apresentado foi o déficit na balança comercial. A análise do quadro de exportação/importação por segmento do complexo industrial da saúde mostra a dependência brasileira dos ramos de maior densidade tecnológica, como os medicamentos e fármacos;
- Apontada, como o elo frágil do complexo industrial da saúde, a incorporação tecnológica, evidenciada pela distância entre o desenvolvimento da indústria (vacinas, fármacos, reagentes para diagnóstico, equipamentos médicos e hemoderivados) e as ações na prestação de serviços em saúde, componentes do complexo econômico da saúde;
- Apresentadas idéias tradicionais sobre o desenvolvimento, como a refutação de estratégias de adequação às vantagens “naturais” e às tecnologias apropriadas (inserção passiva), e os conseqüentes resultados desses ideais no desenvolvimento brasileiro entre as décadas de 50 a 80;

- Exposição da releitura contemporânea do Desenvolvimento, que vê a globalização como ampliadora do hiato entre o mundo desenvolvido e o subdesenvolvido, e recoloca a perspectiva da inserção passiva na inovação, que propõe: a volta da especialização em atividades baseadas na dotação natural de matérias-primas e nos serviços locais; a não reprodução do que já foi desenvolvido nos países avançados; e a compra de bens preservando a lógica do mercado;
- Destacada a necessidade de se pensar no padrão de desenvolvimento na arena política como o ponto de partida para a prospecção tecnológica e de se definir a ética desse modelo (eqüidade, inclusão social e regional);
- Lembrou a 2ª CNCTIS que subordinou a Política de CTI à Política de Saúde e que colocou o desafio de aliar a lógica econômica e da inovação à lógica sócio-sanitária;
- Exemplificou algumas ações em inovação em saúde para superar os desafios apresentados, como as articulações da Avaliação Tecnológica em Saúde para geração, difusão e incorporação de inovações que representem impacto relevante para a saúde e apontou as áreas temáticas que deveriam concentrar os esforços na prospecção tecnológica, como identificação de *gaps* e janelas de oportunidade;
- Destacou a importância de se seguir a agenda pública de prioridades, lembrando que não há caso de inovação radical em saúde em que o conhecimento gerado não tivesse sido estimulado com recursos públicos;
- Por fim, observou que o Decit demonstra estar no caminho certo ao fomentar pesquisas nas diversas áreas, desde doenças negligenciadas até pesquisas de biotecnologia e sugeriu que o Departamento de Ciência e Tecnologia mobilize recursos extramuros, visto que não conseguirá realizar tudo somente com recursos próprios.

---

## **II. Painel: Ética e equidade na pesquisa clínica e em saúde pública: Objetivo alcançável**

---

**Dirceu Greco**

### **Principais pontos abordados:**

- Dos princípios éticos gerais, destacou a autonomia e a justiça distributiva;
- Citou os fatos que estimularam a discussão da bioética, como as experiências realizadas com prisioneiros por médicos nazistas na 2ª guerra mundial e a pesquisa de evolução histórica da sífilis realizada com negros e pobres nos EUA;
- Das diretrizes relacionadas com pesquisas biomédicas apontadas, chamou atenção para a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde;
- Entre as diretrizes internacionais citadas deu destaque para a Declaração Universal dos Direitos Humanos e a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos;
- Ressaltou as pressões sobre o problema do duplo standard;
- Relatou o histórico das tentativas de modificação da Declaração de Helsinque, citou algumas modificações ocorridas e alertou para as tentativas atuais de flexibilizá-la, o que pode provocar uma perda importante nos direitos conquistados; por essas razões, analisou como negativo o panorama internacional que tenta burlar a declaração;
- Mostrou a posição brasileira sobre as principais questões éticas debatidas no cenário internacional. Citou algumas resoluções do Conselho Nacional de Saúde, como, por exemplo, a 196/96 que assegura que os sujeitos da pesquisa devem ter, preferencialmente, autonomia plena e devem ter acesso aos benefícios resultantes do projeto;
- Apontou que se costuma discutir ética na pesquisa apenas nos países em desenvolvimento que não recebem os mesmos investimentos em pesquisa que os países desenvolvidos. Nesses, os voluntários recebem os melhores tratamentos, o que comprova que a discussão não é apenas ética mas econômica, lembrando assim o princípio ético da justiça com equidade, que significa tratar as pessoas da mesma forma independentemente da posição econômica do país em que se encontram;
- Apontou a questão da população mundial e especificamente a brasileira e se questionou se essa população, em que 50% não terminaram o 1º grau e 20

% não sabem o nome do atual presidente da República, realmente tem autonomia;

- Nesse panorama negativo, mostrou uma perspectiva de mudança de quadro, citando o exemplo brasileiro de controle da Aids e os fatores que contribuíram para que o Brasil se afastasse da linha da epidemia;
- Mostrou o que deve ser levado em consideração para diminuir a iniquidade em pesquisa;
- Por fim, apontou os desafios para a Saúde Pública dos países em desenvolvimento, como melhorar o acesso à informação e à educação e a importância da vontade política quando o recurso é escasso.

# **ANEXOS**

**Antecedentes**

O sistema de pesquisa em saúde pode ser compreendido como “um sistema de planejamento, coordenação, monitoramento e gerência das atividades e recursos de pesquisa em saúde com a finalidade de promover a pesquisa necessária ao desenvolvimento efetivo e eqüitativo da saúde nacional” segundo a conceituação proposta pela OMS.<sup>1</sup>

Um problema característico dos sistemas de C&T em saúde na América Latina, segundo Pellegrini<sup>2</sup>, é “a debilidade das relações entre a produção e utilização do conhecimento”, ou seja, “a baixa utilização dos resultados de pesquisa para a definição de políticas e programas e para a produção de bens e serviços de saúde”.

Segundo Guimarães<sup>3</sup>, “uma Política Nacional de CTI em Saúde voltada para as necessidades de saúde da população deveria ter como objetivo principal desenvolver e otimizar os processos de absorção de conhecimentos científicos e tecnológicos pelas indústrias, pelos serviços de saúde e pela sociedade” portanto, além de ser um componente da política nacional de saúde, ela seria também um componente do sistema nacional de inovação.

No Brasil, a atuação do Ministério da Saúde na área da CTI foi bastante irregular ao longo dos anos, alternando-se em sua história momentos de maior organização dos esforços e momentos de completa ausência.

Em 1994, por ocasião da realização da I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, o plenário propôs e aprovou a criação de uma secretaria de C&T no âmbito do Ministério da Saúde. Entretanto, por diversos motivos que não cabe aqui analisar, a proposta não chegou a ser concretizada.

Passados quatro anos da realização da I Conferência, em 1998, a Secretaria de Políticas de Saúde criou um grupo de trabalho para propor formas de atuação em C&T no âmbito do Sistema Único de Saúde. Como resultado desta iniciativa, em 1999, foi criada a área técnica de ciência e tecnologia e, em 2000, o Departamento de Ciência e Tecnologia - Decit<sup>4</sup>.

O Departamento, contando ainda com recursos irrisórios, deu início à estruturação de atividades visando formular a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde; estabelecer uma agenda de prioridades; fortalecer a atuação



dos Comitês de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos e articular ações de C&T entre os níveis estadual e federal.

A reforma da estrutura organizacional do Ministério da Saúde e a criação da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, em 2003, deram novo impulso à área possibilitando a definição de recursos financeiros de maior monta por ocasião da formulação do Plano Plurianual do governo federal para 2004-2007.

Já em 2003 iniciou-se o processo de preparação da II Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, que seria realizada em julho de 2004 tendo como pauta a aprovação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e da Agenda de Prioridades de Pesquisa em Saúde.<sup>5,6</sup>

O documento da Política Nacional de CTIS começou a ser elaborado em 2002. O processo teve início com a elaboração de uma Proposta que foi submetida à ampla discussão em seminário realizado em dezembro de 2002 com representantes da comunidade científica e de gestores da política de saúde. Durante os anos de 2003 e 2004, o documento sofreu uma série de reformulações sendo submetido à consulta pública e discussão em 24 conferências estaduais e mais de 300 conferências regionais ou municipais, preparatórias da etapa nacional onde finalmente foi aprovado <sup>6,7</sup>.

A Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde também foi elaborada através de um amplo processo de participação. Como passo inicial para a construção, o Decit encomendou a diversos especialistas a elaboração de análises da situação de saúde que permitissem identificar necessidades para as quais a produção de conhecimentos fosse decisiva. Estes produtos foram sistematizados gerando a publicação "Saúde no Brasil: contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa". O passo seguinte foi realizar um seminário para definição de subagendas e temas prioritários de pesquisa. O produto foi então submetido à consulta pública e à discussão nas conferências estaduais, regionais e municipais de saúde sendo finalmente aprovado durante a 2ª Conferência Nacional de CTIS <sup>6,8</sup>.

Estes documentos e o estabelecimento do acordo de cooperação técnica entre o Ministério de Saúde e o Ministério de Ciência e Tecnologia forneceram ao Decit os instrumentos técnicos necessários para o desenvolvimento de suas ações.

Apesar do tempo relativamente curto de existência do Decit considerou-se que seria oportuno realizar uma avaliação de desempenho após dois anos da aprovação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde.

Para tanto, inicialmente serão consideradas as realizações relativas a cada uma das estratégias de ação definidas na PNCTIS no período de 2004 a 2006,

relatando, sempre que necessário, as iniciativas anteriores a esta data. Posteriormente serão analisadas as iniciativas de reorganização do Departamento e instrumentos técnicos utilizados para a gestão da política científica setorial. Além da avaliação do desempenho do Decit segundo as estratégias da PNCTIS, pretende-se também discutir algumas das particularidades inerentes à condução de uma política científica setorial.

Para finalizar, serão analisados os avanços alcançados e as atividades pouco ou nada desenvolvidas nesse período. Desta forma, espera-se contribuir para apontar aspectos que devem ser objeto de atenção dos gestores no próximo período.

## **AVALIAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DA POLÍTICA NACIONAL DE CTI EM SAÚDE**

### **Estratégia 1: Fortalecimento do Esforço Nacional em CTIS**

As ações desenvolvidas com vistas ao fortalecimento da capacidade científica na área de Saúde podem ser agrupadas em atividades de fomento à pesquisa; atividades relacionadas à ampliação das fontes de financiamento; constituição de redes e fortalecimento da capacidade de gestão de C&T nos estados da federação.

#### **Atividades de Fomento à Pesquisa**

As atividades de fomento à pesquisa foram orientadas pela necessidade de preservar a qualidade e a transparência nas ações de fomento que sempre caracterizaram o trabalho das agências do sistema de ciência e tecnologia em geral; aumentar a capacidade de indução; preservar a tradição de pesquisa das instituições de ensino e pesquisa; preservar o caráter plural e descentralizado das fontes de financiamento; aumentar o grau de coordenação das ações entre a política setorial e a política geral; aportar mais recursos para a pesquisa em saúde<sup>3</sup>.

As atividades de fomento direto a projetos de pesquisa tiveram seu início em 2003 com recursos do projeto de cooperação técnica entre o Decit e a Unesco (Prodoc) e recursos do Fundo Nacional de Saúde somando cerca de R\$ 10 milhões<sup>5</sup>.

Neste primeiro ano, os recursos financeiros à disposição do Decit, ainda bastante modestos, permitiram apoiar 13 projetos em dengue; nove em tuberculose; um em segurança alimentar; uma avaliação da descentralização da gestão de saúde; um projeto em história da saúde pública brasileira e quatro projetos de desenvolvimento tecnológico.

A partir do acordo de cooperação entre o Ministério da Saúde e o Ministério de Ciência e Tecnologia, assinado pelos ministros Humberto Costa e Eduardo Campos em

julho de 2004, o CNPq e a Finep tornaram-se agentes técnicos das ações de fomento com recursos orçamentários do Decit. Por outro lado, o crescimento significativo dos recursos orçamentários destinados ao fomento possibilitou a aplicação de 57 milhões de reais no financiamento a 357 projetos selecionados a partir de sete editais elaborados em conjunto pelo Decit e o CNPq e 15 projetos de base tecnológica selecionados em parceria com a Finep. Outros sete projetos prioritários receberam fomento a partir de operações realizadas diretamente pelo Fundo Nacional de Saúde<sup>6,9</sup>.

Em 2005, as atividades de fomento movimentaram R\$ 128 milhões, incluindo recursos do CNPq e Finep, para o financiamento a 416 projetos selecionados por meio de editais temáticos<sup>10</sup>.

Além do fomento realizado através das agências do sistema de ciência e tecnologia do país, alguns projetos contratados para responder a demandas estratégicas do Ministério da Saúde têm sido financiados diretamente com recursos do Fundo Nacional de Saúde ou de empréstimos internacionais. A proporção de projetos contratados por encomenda reduziu-se de 45% em 2003 para apenas 11% em 2005.

A cooperação técnica Decit/CNPq possibilitou o lançamento de 6 editais em 2006 nos quais foram selecionados 190 projetos e aplicados R\$ 43 milhões de reais para o fomento. Em cooperação com a Finep foram selecionados projetos em duas temáticas: desenvolvimento de fármacos e medicamentos e desenvolvimento de insumos, equipamentos e reativos para diagnóstico. Foram aprovados 10 projetos para os quais foram destinados R\$ 470 mil reais para desenvolvimento de fármacos e medicamentos e 3 projetos no valor de R\$ 4,5 milhões de reais para o desenvolvimento de kits diagnóstico<sup>11</sup>.

As características do fomento procuraram superar os problemas identificados por ocasião da elaboração da PNCTIS:

- maior articulação entre a política de saúde e a política científica traduzida na elaboração conjunta dos editais, no processo de julgamento e no financiamento compartilhado;
- proporção crescente de demanda induzida comparativamente à demanda espontânea que predominava no fomento das agências do sistema de C&T;
- predomínio da avaliação por mérito e relevância como critérios de seleção e contratação de projetos, prática nem sempre adotada anteriormente pelo Ministério da Saúde;
- inversão do predomínio da contratação por encomenda para a contratação por edital no âmbito do Ministério da Saúde;

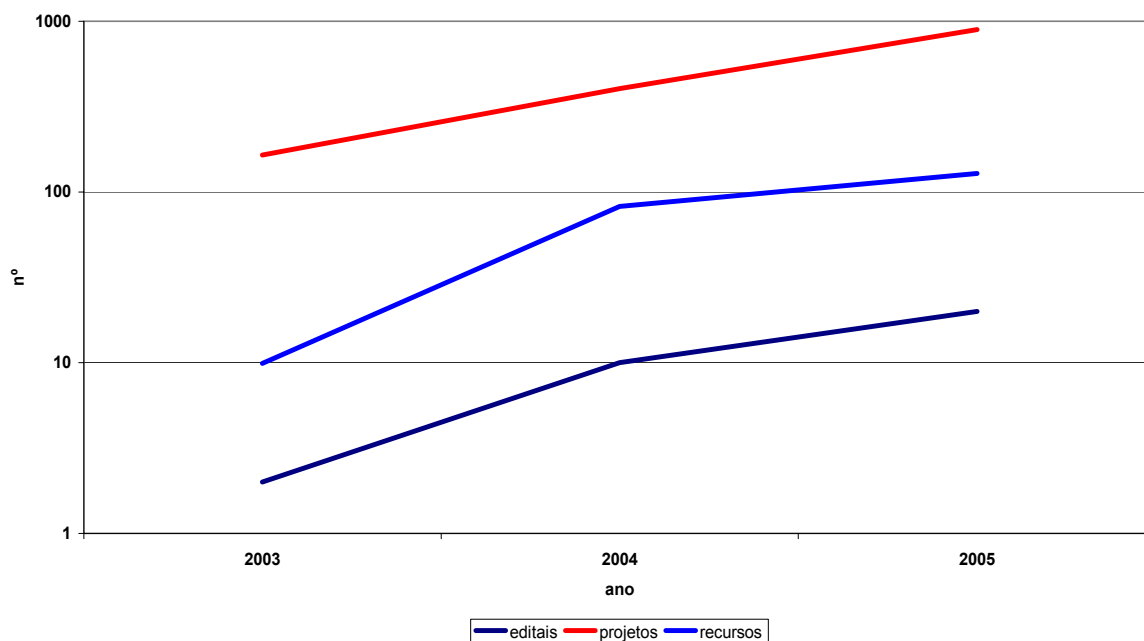
- fomento de pesquisa em toda a cadeia do conhecimento, demonstrando assim que eram infundados os receios de que a participação do Ministério da Saúde nas ações de fomento privilegiassem a pesquisa operacional em detrimento das demais formas de produção de conhecimentos.

### **Ampliação das fontes de financiamento**

Desde a criação do Decit os recursos destinados ao fomento da pesquisa em saúde cresceram de maneira exponencial, permitindo o apoio a um número também crescente de projetos conforme pode ser visualizado no Gráfico 1<sup>12</sup>.

A colaboração entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Ciência e Tecnologia potencializou a aplicação de recursos financeiros no fomento à pesquisa em saúde, ampliando o financiamento de maneira significativa. Do mesmo modo, as parcerias instituídas com os estados através das FAP's, secretarias estaduais de saúde e secretarias estaduais de ciência e tecnologia representaram o aporte de recursos novos para a área.

**Gráfico 1 - Evolução dos editais, projetos e recursos financeiros de fomento. Decit/SCTIE/MS. 2003-2005.**



### **Formação de redes**

O incentivo à formação de redes e o apoio a alguns estudos multicêntricos também foi um dos componentes da estratégia de fortalecimento da capacidade de pesquisa em saúde.

Em 2003 foram apoiados nove projetos da Rede Brasileira de Pesquisas e combate à Tuberculose, uma das iniciativas contempladas no âmbito do Instituto do Milênio implementado pelo MCT em 2001<sup>5</sup>.

Ainda nesse ano, através de edital do Fundo Setorial de Saúde, induziu-se à formação da rede de pesquisa em dengue, apoiando 13 projetos cooperativos considerados prioritários pela Secretaria de Vigilância em Saúde do MS.

Com recursos do convênio estabelecido com a Finep, em 2004, apoiou-se a constituição da Rede Piloto de Tele-saúde em Oncologia Fase II, a Rede de Clonagem e Expressão de Fatores de Coagulação, e os estudos multicêntricos de Terapia Celular em Cardiopatias e o Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (Elsa Brasil)<sup>9</sup>.

A Rede Piloto Tele-Saúde em Oncologia tem como objetivo expandir a tele-medicina em oncologia para as regiões Norte e Nordeste sob a direção do Inca.

A Rede de Clonagem e Expressão de Fatores de Coagulação foi organizada para fomentar a pesquisa visando: a clonagem, expressão e quantificação da atividade coagulante dos fatores VIII e IX, além do desenvolvimento de vetores.

O Estudo Multicêntrico Randomizado de Terapia Celular em Cardiopatias – EMRTCC foi organizado para realizar ensaio clínico de terapia celular em cardiopatias: chagásica, dilatada, doença isquêmica, doença isquêmica crônica do coração e infarto agudo do miocárdio, com a finalidade de futura incorporação ao SUS.

O Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto – Elsa Brasil é a primeira coorte brasileira multicêntrica de longa duração, com o objetivo de estimar a incidência de diabetes e de doenças cardiovasculares e de suas complicações em população adulta brasileira; caracterizar e investigar fatores biológicos, comportamentais, ambientais, ocupacionais, psíquicos e sociais associados a essas doenças e às complicações decorrentes; descrever a evolução temporal destes fatores e sua repercussão na história natural dessas doenças e investigar os fatores modificadores das associações entre os fatores acima mencionados e as doenças em estudo.

Em 2005, foram criadas a Rede Multicêntrica de Avaliação de Implantes Ortopédicos – Remato, visando financiar projetos de capacitação de instituições científicas e tecnológicas para o desenvolvimento de novos dispositivos, avaliação de implantes e elaboração de normas técnicas; e, a Rede de Unidades de Pesquisa Clínica em hospitais de ensino, visando a constituição de infra-estrutura básica para o desenvolvimento de ensaios clínicos independentes na avaliação de procedimentos diagnósticos e terapêuticos<sup>10</sup>.

Hospitais e centros médicos acadêmicos que integram a rede, têm posição chave na produção, implementação, difusão e aprimoramento de inovações no setor

saúde. Assim, a rede de unidades de pesquisa clínica pode ter um duplo papel na política de CTI em saúde: produzir conhecimentos novos no âmbito da pesquisa clínica e fomentar a incorporação de ações de avaliação tecnológica em saúde. Os serviços de saúde, ligados às funções acadêmicas, têm papel relevante na articulação entre o sistema de bem estar social e o sistema de inovação, além de serem determinantes na formação de profissionais de saúde<sup>13</sup>.

Dentre os estudos multicêntricos financiados em 2005 destaca-se a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde - PNDS, envolvendo a articulação entre instituições de ensino superior e institutos de pesquisas para a realização de inquérito com abrangência nacional e representatividade para todas as regiões brasileiras.

Além das já mencionadas, foi criada também a Rede de Pesquisa em Métodos Moleculares para Diagnóstico de Doenças Cardiovasculares, Infecciosas, Parasitárias e Neurodegenerativas.

A constituição das redes é uma estratégia que permite potencializar os esforços de pesquisa existentes em distintos grupos no país que isoladamente não teriam condições de desenvolver pesquisas com a abrangência necessária e em um tempo adequado. Além disso, permitem que o intercâmbio entre os grupos funcione como elemento de aprimoramento da capacidade existente e em determinadas circunstâncias poderão ainda favorecer o fortalecimento de grupos emergentes em cooperação com grupos já estabelecidos.

### **Fortalecimento da capacidade de pesquisa nos estados**

A principal estratégia para o fortalecimento da capacidade de gestão da política científica em saúde nos estados da federação tem sido o Programa de Pesquisa para o SUS - PPSUS: gestão compartilhada em saúde<sup>14</sup>.

Esta iniciativa começou em 2002, através do projeto Gestão Compartilhada em Saúde, pelo qual o Decit transferia recursos às Fundações de Amparo à Pesquisa dos estados com menor capacidade instalada de pesquisa em saúde e, simultaneamente estimulava a constituição de núcleos ou assessorias de ciência e tecnologia em saúde no âmbito das secretarias estaduais de saúde<sup>4</sup>.

Posteriormente, em 2004, foi criado o Programa Pesquisa para o SUS, com ampliação para todos os estados que desejassem aderir a ele.

O objetivo central do programa é aproximar a pesquisa da gestão do sistema de saúde, de forma que os resultados obtidos por meio da investigação científica sobre problemas prioritários de saúde possam subsidiar as decisões técnicas e políticas nesse campo; potencializar a utilização dos recursos financeiros destinados à área da saúde,

promover a produção de conhecimento em consonância com prioridades de saúde e contribuir com a melhoria da atenção à saúde prestada à população brasileira.

Para desenvolvimento do PPSUS nos estados o Decit estabeleceu parcerias no âmbito federal, com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e tecnológico – CNPq - e local, com as fundações de amparo a pesquisa - FAP's, secretarias estaduais de ciência e tecnologia e secretarias estaduais de saúde.

Para a efetivação do programa os recursos financeiros do MS são repassados às FAP's através de convênio com o CNPq. Além das FAP's, o PPSUS também envolve a parceria com as secretarias estaduais de saúde, as quais participam de todas as etapas do Programa: da definição das linhas prioritárias de pesquisa, seleção, monitoramento e realização de seminários estaduais de acompanhamento para divulgação e incorporação de resultados.

O Programa não representa apenas aporte de recursos financeiros para alavancar a atuação das Fundações de Amparo à Pesquisa, muitas delas com pequena ou nenhuma atuação no fomento de pesquisa em saúde anteriormente à criação do PPSUS. Para fortalecer a capacidade operativa das FAP's o Decit elaborou um sistema informatizado de submissão e julgamento on-line das propostas apresentadas e, desenvolveu metodologia de elaboração dos editais, etapas do julgamento e seminários de avaliação dos produtos que, foram transferidas para cada um dos estados.

As etapas de desenvolvimento do programa em cada estado incluem levantamento da capacidade instalada de C&T em cada estado, elaboração de documentos técnicos, material de divulgação, implantação do sistema informatizado, acompanhamento técnico dos convênios e seminários de avaliação.

Atualmente 22 estados participam do programa e cerca de 590 projetos já foram financiados. Apenas em 2006 foram investidos R\$ 41 milhões de reais no programa, dos quais R\$ 22,7 milhões eram recursos orçamentários do Decit e R\$ 18,4 milhões correspondiam à contrapartida dos estados<sup>11</sup>.

Para cinco estados da região amazônica (AC, AP, RO, RR e TO) foi organizado um edital especial contando com recursos da ordem de R\$ 600 mil reais oriundos da cooperação com a Unesco, utilizados para apoiar 14 projetos selecionados.

Deste modo, as ações para o fortalecimento da capacidade de pesquisa em saúde no país não ficaram restritas a iniciativas no próprio âmbito do Ministério da Saúde, mas, seguindo a estrutura descentralizada do Sistema Único de Saúde, buscaram capilaridade até os níveis descentralizados do sistema. No presente momento esta descentralização alcança a esfera estadual, podendo-se, entretanto,

antever a possibilidade de futura incorporação ao Programa de secretarias municipais de saúde de municípios grandes e com possibilidade de articular suas demandas científicas e tecnológicas.

### **Estratégia 2: Criação do Sistema Nacional de Inovação em Saúde**

Para Gadelha e colaboradores<sup>15</sup>, o sistema nacional de inovação em saúde pode ser definido como “uma construção econômica, política e institucional para a qual confluem fortes interesses, advindos tanto das estratégias empresariais nas distintas indústrias do setor e nas instituições de C&T quanto da pressão da sociedade civil pela prestação de serviços de saúde que atendam aos requisitos de acesso, de ações integrais e de equidade”.

Segundo estes autores, o sistema de saúde pode ser decomposto, de um lado, na demanda social por bens e serviços e de outro, nas organizações voltadas para a geração de recursos humanos, financeiros, tecnológicos, produtivos, de infraestrutura e pela provisão de serviços de saúde. O Estado é o mediador entre estas relações, atuando tanto na regulação das atividades quanto na provisão direta de bens e serviços 15.

Albuquerque e colaboradores<sup>13</sup> identificam como componentes do sistema de inovação em saúde as universidades e instituições de pesquisa; os hospitais e centros médicos acadêmicos; as instituições de regulação, associações profissionais e escolas médicas; as indústrias de equipamentos, indústrias farmacêuticas e indústrias de biotecnologia; a rede assistencial e os serviços de saúde pública.

Apesar de a medicina social ter produzido nas décadas de 60 e 70 muitas análises sobre as relações intrínsecas entre o setor saúde e a organização da sociedade capitalista que fornecem os elementos teóricos necessários para pensar o complexo industrial da saúde e suas relações com a produção de conhecimentos e o desenvolvimento tecnológico, pouco avançou, no país, o desenvolvimento de políticas públicas visando promover a inovação.

Segundo Stokes<sup>16</sup>, durante a maior parte da história da humanidade, as atividades práticas foram aperfeiçoadas por indivíduos capazes de aprimorar a tecnologia, ou seja, o modo de fazer as coisas. Geralmente estes indivíduos não conheciam muita ciência e se conhecessem isto talvez não fosse de muita ajuda. É apenas no final do século XIX que esta situação começa a ser modificada e o avanço tecnológico passa a ser estreitamente relacionado com os avanços científicos.

O modelo de desenvolvimento tecnológico dominante durante a maior parte do século XX na ciência ocidental, atualmente designado como modelo linear, pensava



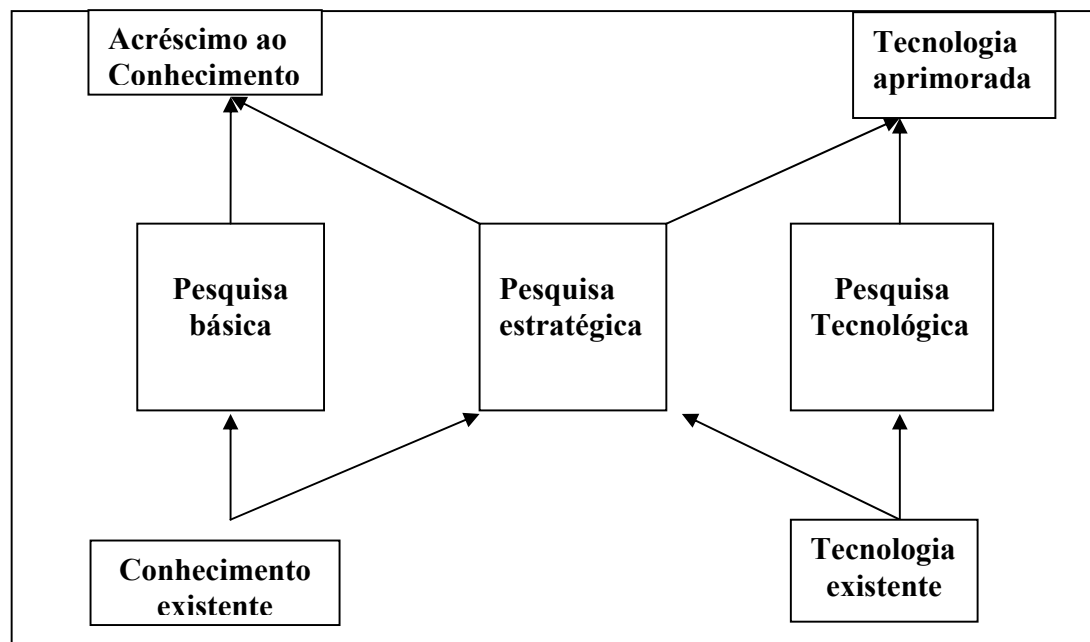
a inovação como a resultante de uma cadeia linear de eventos iniciada pela ciência básica, passando pela pesquisa aplicada, desenvolvimento de protótipos e, em seguida, à produção ou operação segundo a inovação seja de produto ou processo da inovação.

A ciência do século XX foi alimentada tanto por problemas gerados a partir dos avanços científicos quanto por problemas provocados pelo avanço tecnológico. O modelo dominante acabou por obscurecer as inter-relações existentes entre pesquisa básica e desenvolvimento tecnológico, impedindo os cientistas de desfazer a idéia prevalente de que a investigação científica deve estar livre das considerações práticas.

Em 1997, Stokes propôs rever este modelo e substituí-lo por outro no qual os vetores “busca do conhecimento fundamental” e “considerações de uso” definiriam três quadrantes: pesquisa básica, pesquisa estratégica e pesquisa tecnológica.

Neste modelo, a pesquisa estratégica desempenha o papel de articulação entre a pesquisa básica e o desenvolvimento tecnológico segundo o seguinte esquema:

**Figura 1**



O Brasil reúne características para ser incluído entre os “países inovativos em desenvolvimento” conforme designação proposta por Mashelkar, para aqueles países que possuem economia forte e capacidade autônoma em pesquisa e desenvolvimento. Os dados disponíveis para o país permitem identificar um sistema nacional de inovação em saúde ainda que imaturo: há fontes de financiamento em quantidade razoável correspondendo a 1,5% do gasto nacional em saúde e 3,3% do gasto público em

saúde; pequena participação do setor privado e importante capacidade local de apoio à pesquisa e ao desenvolvimento, pois apenas 3,5% do financiamento são provenientes de fontes internacionais<sup>17</sup>.

Embora não tenha sido possível até o momento a articulação de um Sistema Nacional de Inovação em Saúde, um conjunto de iniciativas foram adotadas para promover as ações de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde no país.

Neste sentido podem ser destacadas as atividades de fomento em parceria com a Finep, que no biênio 2004-2005 possibilitaram o apoio a 53 projetos de desenvolvimento tecnológico com o aporte de cerca de R\$ 100 milhões de reais<sup>11</sup>.

Estas atividades tiveram início em 2004 após o estabelecimento do acordo de cooperação interministerial e incluíram o financiamento a projetos na área de desenvolvimento e produção de equipamentos médicos, medicamentos, vacinas e métodos diagnósticos.

Ainda em 2005, um dos editais de fomento elaborados em conjunto pelo Decit e pelo CNPq foi dedicado a projetos de pesquisa básica, pré-clínica e clínica em terapia celular. Neste edital foram selecionados 45 projetos sendo 21 deles em pesquisa básica, 13 em pesquisa pré-clínica e 11 em pesquisa clínica<sup>10</sup>.

Por iniciativa do Ministério do Desenvolvimento da Indústria e Comércio - MDIC e do Ministério de Ciência e Tecnologia - MCT e em associação com o Ministério da Saúde - MS e o Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento - Mapa foi instituído o Fórum de Competitividade em Biotecnologia, em setembro de 2004, com o objetivo de identificar as melhores estratégias para a definição de uma Política Industrial voltada para o desenvolvimento desse setor.

O Fórum está organizado em três eixos: biotecnologia agropecuária, biotecnologia em saúde humana e biotecnologia industrial e outras aplicações. O grupo de trabalho em biotecnologia em saúde humana é coordenado pelo Decit e sua atuação em 2005 foi pautada pelo estabelecimento de focos prioritários cujos diagnósticos foram encomendados a consultores externos para subsidiarem a elaboração de diretrizes e ações. Os temas definidos como prioritários foram: biomateriais, hemoderivados, e vacinas.

Além da realização destes diagnósticos o Decit apoiou financeiramente a realização de um estudo de prospecção tecnológica nacional em reagentes para diagnóstico clínico no âmbito da Saúde Pública e um estudo de análise econômica de terapia celular em cardiopatia.

Em abril de 2006 foi criada a Comissão de Propriedade Industrial com a missão de reunir áreas que têm interface com a propriedade industrial no âmbito do Ministério da Saúde, de forma a orientar a atuação nessa questão.

Uma característica do sistema de pesquisa no Brasil, que tem sido reiteradamente assinalada é o escasso desenvolvimento de tecnologias quando comparado ao relativo crescimento e amadurecimento da produção científica, estrito senso. A ausência de uma política industrial clara tem sido apontada como um dos motivos para o precário desenvolvimento de bens patenteáveis no país se comparado a países de renda média. O Ministério de Desenvolvimento Indústria e Comércio Exterior com a criação dos fóruns de competitividade têm procurado sanar essa deficiência. Por outro lado, não existe tradição de participação das empresas no financiamento à pesquisa e desenvolvimento e, tão pouco, experiências consolidadas de parceria entre instituições de pesquisa e empresas industriais. Todos estes aspectos acabam por determinar a fragilidade da área de pesquisa e desenvolvimento em geral, e em saúde em particular.

Entretanto, um aspecto muito positivo capaz de alavancar o desenvolvimento tecnológico em saúde é a existência do Sistema Único de Saúde e a enorme capacidade de compra que o Estado brasileiro tem nessa área. O desenho de um programa de inovação em saúde pode significar um passo importante na superação de defasagem que o país apresenta no registro internacional de patentes. Neste sentido é importante que o Decit possa liderar esse processo em conjunto com as áreas de interface, além de prover a normalização adequada para que os produtos e processos resultantes dos projetos de desenvolvimento possam ser devidamente patenteados.

Por outro lado, é importante lembrar que no campo da saúde, parte considerável dos avanços tecnológicos necessários é constituída por tecnologia de processo, isto é, conhecimentos e modos de fazer que ampliem a efetividade das intervenções. Um sistema de inovação em saúde terá que atender a estes dois componentes das tecnologias em saúde.

### **Estratégia 3: Construção da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde**

Nas últimas décadas do século XX, especialmente a partir dos anos 90, observaram-se mudanças significativas nas relações entre ciência e sociedade com repercussões sobre a própria organização do campo científico. A participação da sociedade organizada é cada vez mais presente na formulação das agendas de pesquisa, no controle da ética em pesquisa e na avaliação das atividades de investigação<sup>2</sup>.

O modo tradicional de produção da pesquisa científica baseada em instituições de ensino e institutos de pesquisa; com agendas definidas por pesquisadores; com as pesquisas divididas entre básica e aplicada; enfoque disciplinar; transferência unilateral de conhecimentos dos produtores para os usuários; avaliadas exclusivamente pelo mérito acadêmico; disseminada através de periódicos científicos; financiadas com recursos públicos e gerida de maneira centralizada, paulatinamente, vai sendo substituído por um modo participativo de produção de ciência. O novo modelo caracteriza-se pelo trabalho em redes; agendas definidas em contexto de aplicação; pesquisas dirigidas para a solução de problemas; com enfoque transdisciplinar; intercâmbio permanente entre produtores e usuários; avaliação do mérito acadêmico e da relevância social; disseminada por múltiplos meios; financiada por diversas fontes públicas e privadas e gestão caracterizada por espaços de interação dos diversos atores<sup>2</sup>.

Neste novo modelo a elaboração da agenda de prioridades de pesquisa em saúde é um processo democrático e participativo, no qual têm voz os distintos atores. Sua formulação deve levar em conta o nível de desenvolvimento e o perfil epidemiológico e demográfico da população, a diversidade de situações regionais, o nível atual de conhecimento e suas lacunas, a participação dos setores público, filantrópico e privado, a política de propriedade intelectual<sup>1</sup>.

O estabelecimento de prioridades de pesquisa através da construção de uma agenda é importante para assegurar melhor uso dos recursos disponíveis, identificar os recursos necessários frente a demandas competitivas e fortalecer os vínculos entre a política, a prática e ações de saúde de um lado, e o conhecimento científico e o desenvolvimento tecnológico, de outro<sup>19</sup>.

Conforme já assinalado, o processo de construção da agenda de prioridades de pesquisa em saúde foi desenvolvido em etapas que tiveram início em 2003 e culminaram com a aprovação em 2004 na 2ª Conferência Nacional de CTIS.<sup>6,20</sup>

A Agenda passou a ser um dos principais instrumentos do fomento à pesquisa em saúde, uma vez que é a base para a definição e elaboração dos editais desenvolvidos em parceria com o CNPq, a Finep e as FAP's estaduais<sup>20</sup>.

No período de pouco mais de dois anos, decorridos após a aprovação da Agenda, o Decit em parceria com o CNPq lançou pelo menos um edital em cada um dos temas das 24 subagendas.

Desta maneira o atendimento à comunidade científica da área da saúde pode ser amplamente estendido, cobrindo tanto os diferentes componentes da cadeia do

conhecimento quanto as mais diversas temáticas bem como o conjunto das disciplinas científicas que compõem a grande área da saúde.

O acompanhamento e a avaliação das atividades de fomento auxiliarão o Decit a identificar as áreas nas quais a capacidade de pesquisa está mais consolidada e as áreas nas quais haveria necessidade de fortalecimento. Deste modo, a agenda de prioridades pode representar uma ferramenta importante não apenas para orientar e induzir o fomento, mas também para diagnosticar as fragilidades e fortalezas do sistema de pesquisa em saúde no país.

O processo de elaboração dos editais associado aos seminários de avaliação dos projetos apoiados permitirá, ao longo do tempo o aprimoramento e a transformação da Agenda, garantindo sua flexibilidade e ajuste às necessidades de pesquisa detectadas em cada momento.

#### **Estratégia 4: Superação das Desigualdades Regionais**

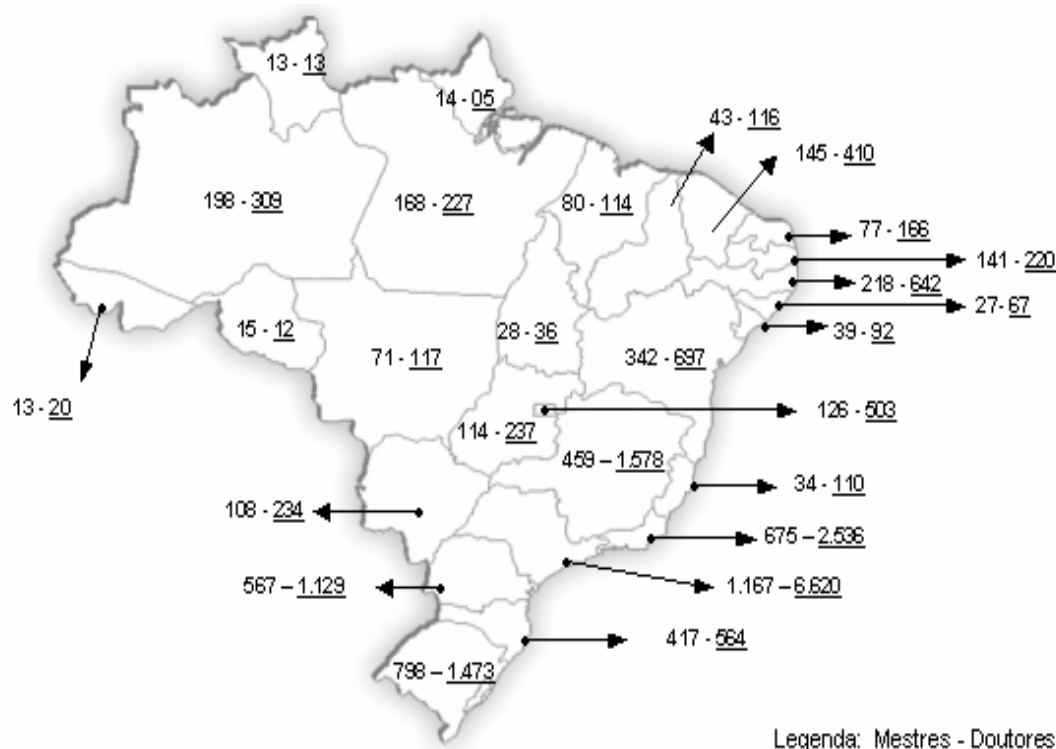
A importância da pesquisa em saúde no Brasil é largamente reconhecida, estando os institutos de pesquisa em saúde dentre os primeiros e mais importantes do país, desde o século XIX. A pesquisa em saúde representa 30% da produção científica nacional e, segundo dados do CNPq, 2004, conta com 24.334 Doutores em Ciências da Saúde e Ciências Biológicas. No entanto, há uma concentração de Doutores e Mestres, assim como das instituições de pesquisa, nas regiões Sul e Sudeste do país, especialmente no eixo Rio-São Paulo (Figura 2). Conseqüentemente, os investimentos voltados à pesquisa em saúde também se direcionam, predominantemente para essas regiões.

Para ter uma idéia mais precisa das desigualdades na capacidade de pesquisa em cada unidade da federação é necessário levar em consideração o tamanho da população e relacionar a quantidade de recursos financeiros e o número de projetos apoiados em cada unidade com a quantidade de doutores existentes.

Ou seja, as comparações necessitam de um denominador comum para poderem ser feitas, uma vez que as dimensões de cada unidade da federação são bastante distintas.

A figura 3 utiliza dados do fomento realizado pelo CNPq em 2004 e dados populacionais do Datasus para o mesmo ano, a fim de permitir uma comparação, em bases semelhantes, da capacidade potencial para a realização de pesquisas e da distribuição do fomento segundo as unidades da federação.

**Figura 2 - Número de doutores e mestre com atuação nas grandes áreas de saúde e ciências biológicas no Brasil, 2004.**



**Figura 3 - Valores máximos e mínimos para alguns indicadores selecionados segundo Unidades da Federação, Brasil, 2004.**

Indicador	Máximo	Mínimo
Mestres por milhão hab	75,19 (RS)	9,16 (AL)
Doutores por milhão hab	225,20 (DF)	8,11 (RR)
Razão doutor / projeto aprovado	9,8 / 1,0 (SP)	0,6 / 1,0 (RO)
Recursos por projeto aprovado	US \$ 29.794,33 (AP)	US\$ 8.606,65 (RO)
Recursos por doutor	US\$ 17.876,60 (AP)	US\$ 1.933,28 (SP)

Apesar da concentração da capacidade instalada nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e no Distrito Federal, o número de projetos e os recursos financeiros não apresentam concentração semelhante nessas unidades. Portanto, a questão das desigualdades regionais é mais complexa do que aparenta à primeira vista. Além disso, como as atividades de fomento são predominantemente de custeio e não de investimento, a redução das desigualdades regionais não são facilmente alcançadas.

Algumas atividades, entretanto, vêm sendo desenvolvidas com o intuito de reduzir as desigualdades regionais na capacidade de pesquisa. Ainda em 2000, o Decit realizou oito cursos para capacitação de 238 profissionais de saúde da região Norte do país em metodologia científica, elaboração de projetos e captação de recursos, ética em pesquisa e propriedade intelectual.

O programa Gestão Compartilhada, de apoio às FAPs, teve início, em 2001, pelos estados de Alagoas, Ceará, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Pernambuco e Piauí.

Em 2004 com a expansão do Programa de Pesquisa para o SUS e diante da fragilidade demonstrada pelos estados da região Norte, com exceção do Amazonas e do Pará, foi instituído o Programa Pesquisa para o SUS / Saúde Amazônia. Os eixos temáticos definidos como prioritários para a região foram: malária, micobacterioses, síndromes febris ictero-hemorrágicas agudas, avaliação de programas e serviços de saúde, saúde e ambiente para grupos em situação especial de vulnerabilidade, alimentação e nutrição e fitoterápicos. Foi estimulada a formação de redes em cada um dos temas como estratégia de superação de parte das limitações identificadas<sup>8</sup>.

Em resposta ao edital do programa foram apresentados 55 projetos dos quais 14 foram selecionados para receber financiamento. Foram destinados R\$ 600 mil reais dos recursos do convênio firmado com a Unesco para a viabilização do programa.

No período de 2004 a 2006, a distribuição dos recursos e de projetos aprovados segundo as regiões brasileiras e a proporção de mestres e doutores em cada uma delas podem ser observadas na figura 4.

**Figura 4 - Distribuição dos projetos financiados e dos recursos investidos pelo Decit/SCTIE/MS por região geográfica, 2004-2006.**

REGIÃO	POP (%)	MESTRES E DOUTORES (%)	PROJETOS		FINANCIAMENTO	
			Nº	%	R\$	%
NORTE	8,0	4,5	60	6,6	8.777.458,55	4,1
NORDESTE	27,7	14,9	181	19,9	38.870.646,96	18,2
CENTROOESTE	7,1	6,2	51	5,6	9.777.889,35	4,6
SUDESTE	42,6	54,1	459	50,4	119.391.711,69	55,9
SUL	14,6	20,3	160	17,6	36.575.928,30	17,1
BRASIL	100,0	100,0	911	100,0	213.393.634,85	100,0

A comparação entre a proporção de mestres e doutores, e a proporção de projetos e recursos aprovados ainda que não reflita exatamente a equidade na

distribuição dos recursos permite ter uma idéia aproximada de adequação entre capacidade de desenvolvimento de pesquisa e fomento. Para a região Norte a proporção de projetos está um pouco acima da proporção de mestres e doutores, mas os recursos financeiros recebidos foram proporcionais aos recursos humanos existentes, sugerindo que boa parte dos projetos tenha custos relativamente pequenos. No Nordeste, tanto a proporção de projetos quanto os recursos financeiros superaram a proporção de mestres e doutores sem caracterizar um desvio importante. A região Centro Oeste apresentou proporção menor de projetos aprovados e recursos financeiros recebidos segundo a proporção de mestres e doutores existentes. A região Sudeste foi aquela que teve proporcionalmente menos projetos aprovados, porém com um volume de recursos levemente superior à proporção de mestres e doutores sugerindo assim, a existência de projetos relativamente mais caros, ainda que os desvios entre as proporções sejam pequenos. Finalmente, para a região Sul, a proporção de projetos e recursos recebidos foi levemente inferior à proporção de mestres e doutores.

As ações de fomento, desta perspectiva, podem ser consideradas eqüitativas, dadas as pequenas magnitudes dos desvios, para mais ou para menos, observadas entre as proporções analisadas. Entretanto, as diferenças mais pronunciadas são observadas entre a proporção de população e a proporção de mestres e doutores existentes em cada região dando conta das desigualdades na distribuição de insumos estratégicos para o desenvolvimento científico e tecnológico como são os pesquisadores.

Portanto, a superação das desigualdades regionais depende de políticas de desenvolvimento mais abrangentes havendo um claro limite à repartição dos recursos de fomento.

#### **Estratégia 5: Aprimoramento da Capacidade Regulatória do Estado**

Segundo Barreto<sup>18</sup>, a crescente consciência de que decisões referentes às políticas e ações governamentais, dadas a sua complexidade e múltiplas implicações, devem ser cada vez mais fundamentadas em evidências científicas, acaba por determinar a participação do Estado na formulação, financiamento e execução de políticas e atividades de desenvolvimento científico e tecnológico.

Diz o autor que "o processo de transformar o conhecimento em evidência capaz de alimentar a tomada de decisão é complexo e nunca totalmente científico... Extrair e utilizar o conhecimento existente em 'estoque' é um processo complexo e não



existe uma forma única de fazê-lo podendo variar desde formas não sistemáticas até formas que utilizam metodologias estruturadas”.

As atividades da PNCTIS relacionadas especificamente com o aprimoramento da capacidade regulatória do Estado incluem três grandes conjuntos de atividades articuladas com ações da sociedade civil organizada: a avaliação tecnológica em saúde, aspectos relativos à biossegurança e bioética e a regulação da ética na pesquisa envolvendo seres humanos.

### **Avaliação Tecnológica em Saúde**

A debilidade dos mecanismos regulatórios sobre as relações entre o sistema de saúde e o sistema de inovações resulta em um mecanismo de absorção passiva e desordenada de tecnologias, de processo e de produto, que, por um lado, não contribui para o desenvolvimento de fluxos tecnológicos no país e, por outro, acarreta custos crescentes e descontrolados para o setor, podendo ainda resultar em riscos desnecessários para a população assistida<sup>13</sup>.

A avaliação de tecnologias em saúde constitui um procedimento abrangente de investigação das conseqüências clínicas, epidemiológicas, econômicas e sociais da utilização de tecnologias em saúde, novas ou já existentes, desde a pesquisa e desenvolvimento até a obsolescência<sup>21</sup>.

A capacidade regulatória neste campo implica em produzir conhecimentos sintéticos a partir do estoque de conhecimentos disponíveis; produzir e disseminar conhecimentos originais quando necessário e fortalecer a avaliação do impacto das decisões tomadas sob a forma de políticas, normas, leis, ações<sup>2</sup>.

A necessidade de desenvolver a capacidade de gestão de tecnologia no interior do SUS foi percebida, desde a criação do Decit, como uma das demandas sentidas pelos gestores em todos os níveis de organização do sistema. Assim, ainda em 2002, o Departamento organizou o curso de Gestão de Tecnologia em Saúde do qual participaram 24 profissionais das diferentes regiões do país. Este primeiro curso foi realizado diretamente pelo Decit visando sensibilizar esses profissionais para o problema.

Em 2003 surgem iniciativas mais consistentes para o enfrentamento dessa necessidade como a criação do Grupo de Trabalho em Avaliação de Tecnologias em Saúde e no ano seguinte o estabelecimento da parceria entre o Decit e a Iniciativa Cochrane para a realização de revisões sistemáticas e meta-análises de interesse do GT de Avaliação<sup>5</sup>.

O Grupo de Trabalho Permanente de Avaliação de Tecnologias em Saúde definiu como critérios para selecionar tecnologias a serem avaliadas aquelas que estivessem em desenvolvimento ou em fase de pré-registro na Anvisa; as tecnologias já incorporadas, mas que necessitem de avaliação econômica ou de efetividade para novas indicações; e, aquelas já registradas e que apresentam pressões para incorporação.

Ainda em 2003, o Departamento, em conjunto com a Secretaria de Atenção à Saúde - SAS, promoveu um seminário internacional em Gestão de Tecnologias em Saúde visando identificar entre as experiências de outros países e a contribuição de estudiosos do assunto, os modelos que poderiam orientar o desenvolvimento dessas ações no âmbito do SUS. Do mesmo modo, foi estabelecida a Rede de Avaliação de Tecnologias em Saúde como instrumento de integração entre profissionais e pesquisadores com interesse no tema.

As avaliações e revisões sistemáticas começaram a ser realizadas efetivamente a partir de 2005, com base em demandas do Ministério da Saúde ou do GT-ATS. As primeiras avaliações a serem demandadas foram: análise de custo-efetividade da tomografia por emissão de pósitrons - PET, uso de interferon alfa peguilado no tratamento de hepatites virais e custo-efetividade da bomba centrífuga versus bomba de rolete na circulação extracorpórea em cirurgias cardíacas abertas. Foram selecionados 27 temas para as revisões sistemáticas encomendadas no âmbito da cooperação Cochrane<sup>10</sup>.

Em 2006 novas medidas foram adotadas no sentido da institucionalização das ações de avaliação de tecnologias em saúde: o estabelecimento de Diretrizes Técnico-Operacionais, definindo fluxos e formulários para a solicitação de estudos, além de critérios de priorização; e, a elaboração da proposta de Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde<sup>11</sup>.

Além dessas iniciativas no âmbito do Ministério da Saúde, o Brasil inscreveu-se oficialmente na *International Network of Agencies for Health Technology Assessment* – INAHTA, rede que reúne 45 agências de 22 países com o objetivo de difundir informações e estudos na área de ATS.

Os estudos de ATS já iniciados estão sendo acompanhados e os resultados deverão ser conhecidos no próximo ano, bem como os resultados de 11 estudos de revisões sistemáticas encomendadas.

A Secretaria de Atenção à Saúde criou a Comissão de Incorporação de Tecnologias em Saúde - Citec, composta por representantes das Secretarias de Atenção à Saúde - SAS, Vigilância em Saúde - SVS e Ciência, Tecnologia e Insumos

Estratégicos -SCTIE, e das agências nacionais de vigilância sanitária - Anvisa e saúde suplementar - ANS.

A avaliação de tecnologias é um elemento primordial para orientar a política de incorporação de novas tecnologias ao Sistema Único de Saúde, tendo em vista o equilíbrio financeiro do sistema e a efetividade das intervenções. Apesar da importância da ATS, apenas recentemente os dirigentes da política de saúde passaram a dar maior importância à contribuição que as evidências científicas podem dar ao processo de tomada de decisão e ao poder regulatório do estado.

Na visão de Barreto<sup>18</sup>, o aumento da capacidade de dar respostas às necessidades colocadas pelos processos de elaboração das políticas em saúde será consequência do fortalecimento dos laços de cooperação entre os órgãos decisórios, legislativos, normativos e regulatórios e os centros de investigação científica e de desenvolvimento tecnológico, podendo estabelecer um novo patamar de relações entre a comunidade científica e o Estado.

A Organização Mundial de Saúde considera essencial assegurar que as decisões sobre saúde sejam bem informadas por evidências científicas e que essas decisões levem a ações efetivas, eficientes e equitativas que permitam a todas as pessoas atingir os mais altos níveis de saúde. Para tanto, solicitou ao *Advisory Committee on Health Research* a elaboração de recomendações aos países membros no sentido de incorporarem as evidências científicas no desenvolvimento de protocolos de atuação. O último número do periódico eletrônico *Health Research Policy and Systems* do *BioMed Central* é inteiramente dedicado a esta temática.<sup>22</sup>

Em tempo relativamente curto, uma série de iniciativas convergiu para a institucionalização das ações de ATS no âmbito do Ministério da Saúde. Ainda que muitas das atividades ainda apresentem caráter incipiente, o fato de estar em consulta pública a Política Nacional de Gestão de Tecnologias representa um passo fundamental para o crescimento e desenvolvimento dessa área de atuação.

### **Biossegurança e Bioética**

A biossegurança e a bioética são campos de conhecimentos e práticas objeto de intensa e crescente controvérsia nas sociedades modernas e a ação governamental é indispensável para o encaminhamento das mesmas. Este campo de trabalho caracteriza-se mais pela participação em conselhos, comitês, grupos de trabalho e assessoria às autoridades do Ministério da Saúde nas temáticas de interesse.

Assim, o Decit, vem subsidiando as instâncias do Ministério da Saúde com a implementação de normas técnicas e participando da articulação e integração intra e interministerial em foros específicos.

A atuação do Decit no âmbito de colaboração com outros setores do governo federal inclui sua participação em diversas iniciativas desde 2001.

O Ministério do Meio Ambiente criou o *Conselho de Gestão do Patrimônio Genético* para regular o acesso e a remessa de material biológico existente no país. A colaboração do Decit tem se dado na elaboração de normas técnicas e na implantação das políticas para gestão do patrimônio genético.

O Decit participou também da Comissão Interministerial convocada pelo Ministro Chefe da Casa Civil para elaborar o Projeto de Lei de Biossegurança, com atribuições de harmonizar a legislação relativa às competências dos órgãos e entidades federais na autorização, licenciamento e fiscalização de atividades e empreendimentos que utilizem organismos geneticamente modificados - OGM. Os trabalhos foram concluídos em 2004 com o encaminhamento do projeto de lei para o Congresso Nacional<sup>9</sup>.

Outra iniciativa importante do governo federal na área de biossegurança que conta com participação do Decit é a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança - CTNBio instituída para prestar apoio técnico-consultivo de assessoramento ao governo federal na formulação, atualização e implementação da Política Nacional de Biossegurança relativa aos organismos geneticamente modificados; estabelecer normas técnicas e pareceres referentes à proteção da saúde humana, dos organismos vivos e do meio ambiente para atividades que envolvam qualquer dos aspectos relativos aos organismos geneticamente modificados; acompanhar o progresso técnico e científico na área; e, propor as pesquisas e estudos complementares necessários para avaliar os riscos potenciais de novos produtos e processos.

Por iniciativa da Casa Civil foi instituído o grupo de trabalho de Bioética, no Ministério da Saúde, com a missão de formular projeto de lei para criar uma instância nacional de avaliação de questões éticas e morais que permeiam a sociedade brasileira.

No âmbito do Ministério da Saúde, em fevereiro de 2002, foi criada a *Comissão de Biossegurança em Saúde* - CBS com a finalidade de definir estratégia de atuação, avaliação e acompanhamento das ações no âmbito do Ministério da Saúde. O trabalho da Comissão possibilitou a elaboração de Diretrizes Gerais para o Trabalho em Contenção de Material Biológico; orientação para a criação de comissões internas de

biossegurança em saúde - CIBS e elaboração da proposta de capacitação em biossegurança em saúde para profissionais do SUS.

Ainda em 2003, foi instituída a Comissão Sobre Acesso e Uso do Genoma Humano no âmbito do Ministério da Saúde, para articular todos os setores que apresentam alguma interface com o tema. Os temas prioritários neste ano foram: reprodução assistida, informação genética, inclusão de testes genéticos nas ações e serviços prestados pelo SUS, regulação do acesso e uso do genoma humano. Seu principal papel tem sido elaborar posicionamentos oficiais sobre o tema <sup>5</sup>.

Em cooperação com a Secretaria de Vigilância em Saúde vêm sendo acompanhados os projetos de avaliação do risco à saúde humana em quatro áreas de risco ambiental, tendo em vista os aspectos de biossegurança.

Além da participação em comissões e grupos técnicos, a área tem elaborado uma série de documentos sobre diversos aspectos do tema e produzido normas, regulamentos e legislações em biotecnologia, biossegurança e bioética.

Em 2006 foi criada a Comissão de Propriedade Industrial do Ministério da Saúde - Copi/MS para orientar a atuação dos gestores nessa questão. O Informe Nacional sobre Direitos de Propriedade Industrial e Saúde Pública foi um dos produtos do trabalho dessa comissão.

O Decit elaborou subsídios para o posicionamento do Ministério da Saúde sobre a quarta versão da Declaração Universal de Bioética da Unesco. Uma vez aprovada a Declaração pela Assembléia da Unesco coube ao Ministério da Saúde definir competências nessa área.

### **Ética em pesquisa com seres humanos**

A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep foi criada pelo Conselho Nacional de Saúde em 1996 para regular a atividade de pesquisa envolvendo seres humanos, através da formulação e implementação de normas e diretrizes visando a preservação dos interesses dos sujeitos de pesquisa. A comissão é composta por representantes de vários segmentos da sociedade civil organizada e tem como principal atribuição garantir o controle social sobre a atividade de pesquisa. Sua atuação tem caráter consultivo, deliberativo, normativo e educativo, valendo-se da rede de Comitês de Ética em Pesquisa das instituições de pesquisa no país.

Embora a regulação da ética em pesquisa esteja no âmbito do controle social, ela apresenta interface com as áreas de atuação do Decit, fazendo parte tanto das ações de fortalecimento da capacidade de pesquisa quanto das atividades regulatórias.

Desde sua criação o Decit relaciona-se estreitamente com a Conep, apoiando iniciativas de fortalecimento institucional dos CEPs e da Conep. Já em 1999, os recursos destinados pelo Decit foram cruciais para o equipamento e a contratação de pessoal para a instalação da secretaria executiva da Conep.

O primeiro projeto de fortalecimento dos CEPs foi elaborado em 2001, atendendo a 36 instituições e investindo cerca de 540 mil reais. Em 2004 foram destinados R\$ 1,5 milhões de reais para o financiamento de 64 projetos institucionais destinados principalmente à melhoria da infra-estrutura material e à capacitação; e, desenvolvido o Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos - Sosnep, sistema on-line para a criação de banco de dados de acompanhamento dos protocolos de pesquisa. Foram destinados cerca de 500 mil reais ao desenvolvimento do sistema e à formação de multiplicadores para o treinamento dos profissionais dos CEPs em todo o país.

A partir de 2005 o Decit assumiu a avaliação do sistema CEP/Conep e a organização de cursos de capacitação em ética em pesquisa para os Comitês. Para tanto foi elaborado material didático específico e lançado edital para apoio a projetos de avaliação.

Entre 2004 e 2006 foram investidos 4,65 milhões de reais no fortalecimento do sistema CEP/Conep beneficiando 173 instituições de todo o país. Para garantir a continuidade do processo de capacitação dos membros dos comitês de ética, em atuação em todo o país, o Decit está negociando com a Escola Nacional de Saúde Pública - Ensp e a Universidade de Brasília - UnB a realização de cursos de educação à distância.

Os avanços obtidos na regulação da ética na pesquisa com seres humanos foram inegáveis. Entretanto, após cerca de 10 anos de funcionamento do sistema CEP/Conep, considera-se necessária a revisão de procedimentos operativos, a organização de instâncias estaduais que permitam a desconcentração dos trabalhos agilizando os processos de julgamento, revisão de resoluções ajustando as normas aos diferentes tipos de pesquisas segundo os riscos potenciais, divisão clara do trabalho entre avaliação de mérito acadêmico exclusiva dos pares e avaliação dos aspectos éticos de responsabilidade da sociedade através de seus representantes.

Ainda que o Ministério da Saúde não deva ser o ator principal nesse processo de revisão, a colaboração do Decit poderá ser importante para viabilizar muito destes procedimentos, seja atuando junto à Comissão Intersectorial de Ciência e Tecnologia, seja atuando junto aos setores estaduais de ciência e tecnologia em saúde ou ainda junto aos pesquisadores.

### **Estratégia 6: Difusão dos Avanços Científicos e Tecnológicos**

A disseminação ampla dos resultados de pesquisa requer o conhecimento dos diversos atores sociais, a identificação das fontes de informação em que cada um deles confia e a definição de estratégias, canais e oportunidades adequadas a cada um<sup>2</sup>.

Morel<sup>1</sup>, citando Sauerborn, afirma que “somente quando as necessidades de todos os atores são levadas em consideração, desde a fase inicial de planejamento até a implementação dos projetos e disseminação dos resultados, é que a pesquisa tem alguma chance de influenciar as políticas de saúde”.

A primeira iniciativa do Decit em relação à estratégia de difusão dos conhecimentos científicos e tecnológicos deu-se ainda em 1999 com o apoio à modernização do Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Entretanto, a iniciativa mais importante, no período anterior à aprovação da PNCTIS foi o apoio à implantação da Biblioteca Virtual de Saúde/ Saúde Pública - BVS/SP em parceria com a Bireme/Opas. A BVS/SP é uma rede de fontes de informação científica e tecnológica em saúde pública visando contribuir para o acesso universal e equitativo à literatura em Saúde Pública. Em 2003 foram aplicados cerca de 640 mil reais no projeto. Nos anos seguintes o projeto continuou recebendo apoio para implantar estações BVS em secretarias estaduais e capacitar técnicos das mesmas para operá-las. Já foram instaladas 10 estações.

Outra iniciativa importante para identificar e difundir pesquisas que possam contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde foi a instituição do Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS. A primeira edição, em 2002, premiou um trabalho e atribuiu cinco menções honrosas em cada uma das categorias: mestrado, doutorado e trabalho de especialização. A partir de 2003, por sugestão do comitê avaliador, foi introduzida a categoria de premiação a trabalho publicado. A cada ano, um número crescente de trabalhos é inscrito.

A atuação da assessoria de imprensa e as atividades de comunicação social favorecem a divulgação das atividades do Departamento para o âmbito da sociedade. Do mesmo modo, a reestruturação do *site* no sentido de torná-lo mais dinâmico e de fácil consulta, desempenha papel ativo na divulgação das atividades de CTI no âmbito da saúde.

Vários recursos vêm sendo utilizados na difusão dos avanços científicos e tecnológicos. Um deles é o apoio à criação de veículos de divulgação como a revista da *Rede Nacional de Unidades de Pesquisa Clínica* e a revista *Ciência, Tecnologia e*

*Inovação em Saúde: uma política pública* - ambas publicadas pela primeira vez em 2005.

O apoio aos periódicos científicos da área e à realização de eventos científicos em saúde constitui outra atividade visando a difusão de conhecimentos. Entre 2004 e 2005 foram destinados cerca de 2,5 milhões de reais para o apoio a eventos em todo o país.

Para divulgar as pesquisas fomentadas com recursos do Departamento foi elaborado um questionário-padrão destinado aos pesquisadores, destacando questões de aplicabilidade e alcance social da pesquisa desenvolvida. Pretende-se utilizar essa ferramenta para a divulgação no *site* do Decit e no portal da Bireme.

No programa de pesquisa para o SUS, especificamente os seminários de avaliação e as publicações desenvolvidas pelas FAPs para a divulgação dos resultados de projetos financiados constituem-se em ferramentas de divulgação e facilitação da incorporação de resultados às políticas estaduais de saúde.

Como parte das atividades de comunicação social, o Departamento tem realizado a tradução de documentos relativos à política de ciência e tecnologia e seus componentes, facilitando assim sua divulgação entre profissionais de saúde. Estas atividades têm incluído também a elaboração de artigos de divulgação publicados na Revista de Saúde Pública.

O Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde - Brats, resultado de esforço conjunto entre a Anvisa, a ANS e a SCTIE, e produzido a partir das discussões do GT-ATS, é um instrumento importante para a disseminação do conceito de ATS entre gestores e profissionais da área.

A área de comunicação e informação foi a última a constituir-se em coordenação específica no interior do Departamento e, portanto, encontra-se ainda em fase de estruturação.

### **Estratégia 7: Formação e Capacitação de Recursos Humanos**

Como já mencionado, ainda antes da aprovação da PNCTIS, o Departamento deu início a atividades de capacitação de recursos humanos, realizando cursos de capacitação em metodologia científica para profissionais de saúde da região Norte; e, dois cursos básicos de avaliação tecnológica em saúde para gestores de secretarias estaduais e municipais das regiões Sul e Sudeste e para profissionais dos hospitais universitários das regiões Norte e Nordeste.

A capacitação de membros dos Comitês de Ética em Pesquisa também é um processo de formação de recursos humanos que tem sido desenvolvido desde o



princípio da atuação do Departamento. Soma-se à formação dos membros dos comitês a capacitação de técnicos para a implantação e operação do Sisnep. A impressão e distribuição de mais de 5 mil exemplares de material didático também contribui para ampliar a capacitação.

Uma ação indireta, mas importante, de capacitação é representada pela estratégia adotada na condução do Programa Pesquisa para o SUS no qual a exclusividade concedida aos pesquisadores residentes em cada estado da federação estimula o aprimoramento da capacidade de elaboração de projetos em cada unidade da federação. A divulgação para os proponentes dos projetos selecionados das recomendações dos consultores *ad hoc* também representa um esforço no sentido de capacitar os pesquisadores.

No campo da bioética foi elaborado e distribuído amplamente um CD preparado pela UnB e OMS intitulado "Bioética e pesquisa com seres humanos: programas acadêmicos e de extensão".

A Ensp está organizando curso de educação à distância baseado na discussão de casos on-line para facilitar o treinamento dos membros dos CEPs em todo o país. A UnB também participará deste esforço oferecendo um curso à distância com duração de 100 horas, utilizando os recursos da Internet e apoiado por material didático que poderá ser enviado por correio aos alunos de qualquer parte do país. Ambos estão em fase de elaboração devendo ter início no próximo ano.

Visando ampliar a capacidade de produzir conhecimentos para qualificar as decisões no âmbito da gestão pública em saúde, foram realizados três cursos de medicina baseada em evidências e promovido um curso de especialização e mestrado profissional em Gestão de Tecnologias em Saúde. Em 2006 foi lançado edital para a seleção de propostas para a realização de cursos de especialização e mestrado profissional voltados para a formação de técnicos do Ministério da Saúde, dos órgãos da administração indireta vinculados ao MS, das secretarias estaduais e municipais, e das unidades hospitalares do SUS. Das 16 propostas apresentadas foram selecionadas 11. Estão previstos gastos da ordem de 3 milhões de reais para a execução dessas atividades.

O curso introdutório de medicina baseada em evidências realizado em 2006 foi freqüentado por 38 profissionais das agências e secretarias do Ministério da Saúde e do Distrito Federal. Em colaboração com o Centro Cochrane foi oferecido um curso de Avaliação de Tecnologias em Saúde para sensibilizar dirigentes e técnicos no uso de revisões sistemáticas de literatura. Os próprios técnicos do Decit receberam capacitação no campo da ATS participando do primeiro workshop de prática clínica

baseada em evidências, promovido pelo Centro de Estudos e Pesquisa do Hospital Pró-Cardíaco e Universidade McMaster do Canadá.

A rede ATS visa estimular a integração entre profissionais e o intercâmbio de materiais sobre o tema, funcionando como forma de educação continuada para os participantes dos cursos ou eventos promovidos nesta área. Atualmente existem 200 participantes cadastrados.

## **A GESTÃO DA POLÍTICA DE CTIS**

O Departamento de Ciência e Tecnologia – Decit tem por objetivos participar da formulação, implementação e avaliação da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde - C&T/S, em consonância com a Política Nacional de Saúde; definir, implementar e acompanhar o modelo de gestão de fomento científico e tecnológico do Ministério da Saúde e promover a articulação intersetorial no âmbito do Sistema Nacional de Ciência e Tecnologia - C&T.

Para exercer sua missão, foi inicialmente organizado em três gerências: política de C&T em saúde; desenvolvimento institucional e planejamento e gestão de projetos além, de assessorias e direção.

Este modelo organizacional predominou até a aprovação da Política Nacional de CTIS, quando começa a ser reformulado seu organograma a fim de atender às estratégias de implementação nela delineadas. Assim, na atualidade o Departamento de Ciência e Tecnologia conta com cinco coordenações gerais: biotecnologia em saúde; apoio à pesquisa e desenvolvimento tecnológico; avaliação de tecnologias em saúde; desenvolvimento institucional; e, comunicação e informação em ciência, tecnologia e inovação.

Em julho de 2003 foi criado por portaria ministerial o Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, dirigido pelo Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos e composto pelos diretores dos três departamentos que compõem a secretaria, representantes das demais secretarias do Ministério da Saúde, diretores das instituições de pesquisa do Ministério da Saúde e pelo coordenador da Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia do Conselho Nacional de Saúde. O principal papel do Conselho é articular e coordenar as ações da CTI no âmbito do Ministério da Saúde, uma vez que praticamente todas as secretarias desenvolvem ações que apresentam interface com a PNCTIS.

Para implementar seus objetivos, o Decit desenvolve ações articuladas com os Ministérios da Ciência e Tecnologia - MCT; da Educação - MEC; da Agricultura, Pecuária e Abastecimento - MAPA; do Meio Ambiente - MMA; das Relações Exteriores - MRE; Secretarias estaduais e municipais de saúde e de C&T, Fundações de Amparo à Pesquisa - FAPs, Comitês de Ética em Pesquisa - CEPs, Universidades, Institutos de Pesquisa, Sociedades, federações, associações e academias.

No desempenho de cada uma de suas atividades o Decit precisou desenvolver um conjunto de instrumentos gerenciais que não faziam parte da tradição do Ministério da Saúde, uma vez que as ações de fomento, inovação, regulação, divulgação, formação de recursos humanos e formulação de prioridades em pesquisa não faziam parte explicitamente de suas atividades habituais, ainda que sempre tenha havido apoio ao desenvolvimento científico com recursos do Ministério da Saúde.

As parcerias estabelecidas com o Conselho Nacional de Desenvolvimento em Pesquisa - CNPq e a Financiadora de Projetos - Finep foram fundamentais para permitir a grande atividade de fomento à pesquisa e à inovação em saúde apoiadas pelo Ministério da Saúde nos últimos três anos. Sem a cooperação dos técnicos dessas agências certamente não teria sido possível elaborar, lançar e operar os diversos editais, nem contratar, financiar e acompanhar os inúmeros projetos aprovados.

Para a elaboração dos editais de fomento os instrumentos utilizados foram: a própria agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde, tomada como marco de referência para o trabalho, e oficinas com pesquisadores e gestores relacionados ao tema escolhido, para definir as estratégias de fomento e linhas temáticas a serem contempladas por cada edital.

Os comitês temáticos para seleção dos projetos são compostos por doutores, preferencialmente pesquisadores I do CNPq, e um consultor ou gestor da área de saúde. O julgamento é realizado segundo critérios estabelecidos e discriminados no formulário de julgamento das propostas, avaliando tanto o mérito científico quanto a relevância social das propostas apresentadas.

Para tornar o processo mais ágil, em 2006 foi modificada a primeira fase de elaboração dos editais, tendo sido realizada uma única oficina abrangendo as diferentes subagendas escolhidas para balizar as atividades de fomento durante o ano. A experiência foi considerada satisfatória e este deverá ser o procedimento adotado nos próximos anos.

Para a realização do Programa de Pesquisa para o SUS, o Decit promove Oficinas de Prioridades de Pesquisa em Saúde, em cada um dos estados envolvidos, com o propósito de subsidiar a elaboração dos editais regionais. Nestas oficinas está

sendo adotada a metodologia elaborada pelo Comitê de Pesquisa em Saúde para o Desenvolvimento, da OMS. Esta metodologia consta de cinco passos nos quais são examinados: a magnitude do problema, os principais determinantes da manutenção do problema tanto no âmbito de sua produção quanto do sistema de saúde, o conhecimento disponível acerca do problema, possível impacto da pesquisa e fluxos de recursos para a pesquisa do tema.

Estabelecidos os editais, o processo de julgamento e contratação fica a cargo das Fundações de Amparo à Pesquisa em cada estado. O acompanhamento e avaliação das pesquisas financiadas são feitos em seminários com a participação de técnicos do Decit.

No campo da Avaliação de Tecnologias em Saúde foram desenvolvidas Diretrizes Técnico-Operacionais contendo fluxos de solicitação de estudos, formulários e metodologias de trabalho.

Outro instrumento importante da atuação do Decit é a cooperação internacional estabelecida com diversos países para o fortalecimento da PNCTIS. Atualmente estão vigentes convênios de cooperação técnico-científica com Peru, países do Mercosul, Estados Unidos, Israel e Reino Unido.

O projeto do Observatório de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde prevê a construção de uma ferramenta estratégica de gestão, monitoramento e avaliação do esforço de fortalecimento da capacidade científica e tecnológica em saúde. O Núcleo de Informação em Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde compreende um sistema informatizado de dados relativos às ações de fomento desenvolvidas no âmbito do Decit e de seus parceiros institucionais. O núcleo deverá relacionar dados das pesquisas financiadas com recursos do SUS, dados sócio-econômicos, demográficos e epidemiológicos de sistemas já existentes, para fornecer informações de acompanhamento e avaliação das ações de CTIS.

Outra finalidade do Observatório é auxiliar o monitoramento interno das ações de fomento do Departamento. Os instrumentos para a criação do banco de dados - variáveis, indicadores, sistemas de processamento, estão sendo desenvolvidos e testados.

## **PARTICULARIDADES DA POLÍTICA SETORIAL DE CTI EM SAÚDE**

Talvez o melhor exemplo de agência setorial de ciência e tecnologia em saúde sejam os *National Institutes of Health*, localizados administrativamente no Serviço de Saúde Pública do Departamento de Saúde norte-americano. Os *NIH* podem ser vistos como uma agência científica de pesquisa e desenvolvimento que estabeleceu uma estratégia pioneira, capaz de abarcar os quadrantes de Bohr (pesquisa básica), de Pasteur (pesquisa estratégica) e de Edison (pesquisa tecnológica). Seu crescimento espetacular pode ser explicado em parte pela associação entre as necessidades sociais e a pesquisa e em parte pelo apoio parlamentar a um projeto de inegável apelo popular. Este arranjo tem garantido aos *NIH* orçamento crescente e significativo para todos os tipos de pesquisa na área<sup>15</sup>.

A política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde deve “ser pensada, proposta e executada” segundo as lógicas complementares da política de saúde à qual ela deve estar organicamente vinculada, e da política científica e tecnológica nacional da qual ela deve ser uma formulação setorial<sup>3</sup>.

Desde o princípio das discussões que antecederam a criação do Decit no âmbito do Ministério da Saúde formaram-se praticamente dois partidos em torno da proposta: aqueles que defendiam a importância de contar com uma agência de fomento e desenvolvimento científico e tecnológico setorial e aqueles que se opunham à idéia. Ambos os grupos contavam com parte da comunidade científica da pesquisa em saúde, alguns técnicos do ministério da saúde e alguns técnicos das agências da área de ciência e tecnologia.

Os argumentos favoráveis à constituição de uma coordenação setorial de saúde no campo científico e tecnológico encontravam respaldo na concepção de que a ciência e a tecnologia em saúde é parte da política nacional de saúde, sendo imprescindível o protagonismo do órgão gestor do sistema nacional de saúde nesse campo. Em reforço a estas idéias eram apontados os exemplos históricos de vários países que contam com agências especializadas em saúde subordinadas à direção do próprio setor, em cooperação com os órgãos de ciência e tecnologia em geral.

Os principais argumentos dos opositoristas eram: o receio de que houvesse redução no montante de recursos destinados à pesquisa em saúde, uma vez que as agências do sistema de ciência e tecnologia poderiam desviar seu fomento para outras grandes áreas alegando a existência de recursos próprios na saúde; receio do predomínio da saúde coletiva sobre as demais áreas do campo da saúde, com pouco ou nenhum espaço para a pesquisa básica em ciências biológicas, biomédicas ou

clínicas; centralização, no novo órgão, dos recursos para pesquisa no âmbito do Ministério da Saúde, com perda de autonomia das secretarias, institutos de pesquisa e coordenações de programas.

Portanto, uma questão crucial para o desenvolvimento e implementação de uma política setorial de CTI em saúde estava na qualidade da governança externa e interna que o novo órgão encarregado da política fosse capaz de exercer.

A criação do Decit e seu posterior fortalecimento dependeram assim de amplas negociações entre diferentes atores e diversos interesses políticos que confluíram em torno de sua proposta. Parte desse esforço foi conduzido no âmbito da *Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia* do Conselho Nacional de Saúde e, parte, nos diferentes fóruns da comunidade científica nacional como a SBPC e a Academia Brasileira de Ciências.

Outro dado fundamental para construir as condições de governança da proposta foi a decisão política dos gestores do Ministério da Saúde e dos demais âmbitos de gestão do SUS de apoiarem decisivamente. A dotação orçamentária crescente e expressiva, ainda que insuficiente para as necessidades do país, também teve papel importante ao possibilitar o desenvolvimento de ampla gama de atividades.

Finalmente, as próprias atividades desenvolvidas – volume, qualidade, rapidez – acabaram por determinar o aumento crescente de apoio ao trabalho, tanto por parte dos profissionais de outros setores do Ministério da Saúde quanto dos atores externos.

### **Crescimento dos recursos para a pesquisa**

Ao contrário do receio que havia com relação à criação do Decit, os recursos para pesquisa em saúde na linha de fomento à pesquisa do CNPq aumentaram no período entre 2000 e 2006.

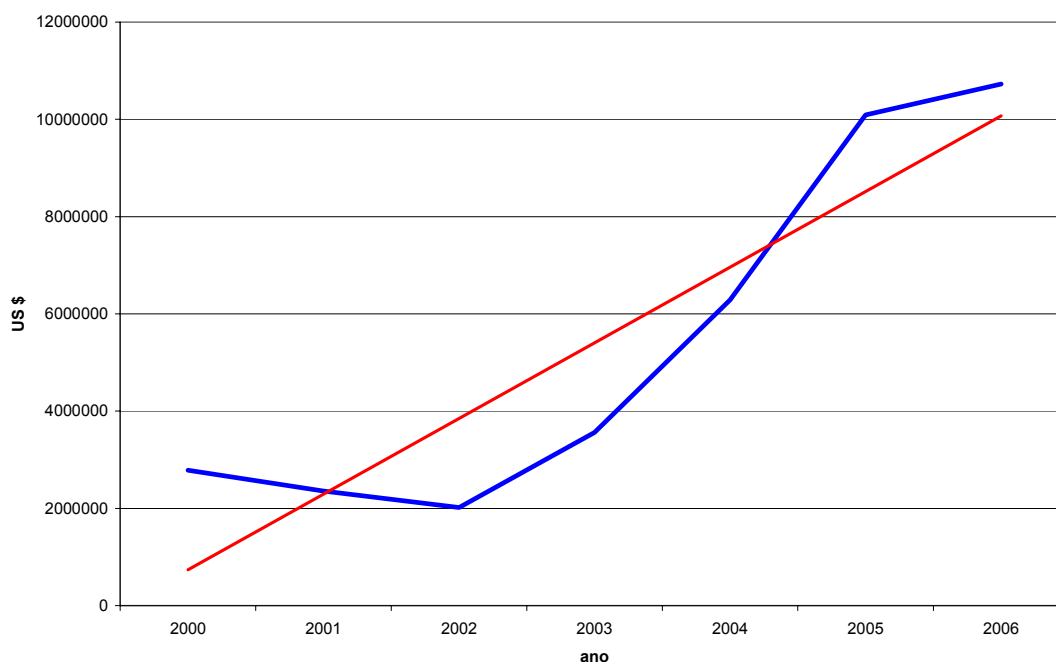
A linha de tendência ajustada aos dados mostra que no final do período os recursos superaram os valores projetados pela suposição de crescimento linear contínuo no período. Entre 2001 e 2003, os valores observados ficaram abaixo dos valores projetados, correspondendo ao período de instalação do Departamento, etapas na qual o fomento à pesquisa foi bastante discreto.

É justamente no período de maior atuação do Decit no fomento, os anos de 2004, 2005 e 2006, aqueles em que o financiamento de pesquisas pelo CNPq foi maior, ultrapassando os valores projetados pelo crescimento linear.

Observa-se o crescimento dos recursos destinados ao fomento em todas as áreas que compõem a grande área de saúde, com distribuição diferencial de acordo com o número de doutores existente em cada uma delas. Os maiores crescimentos

relativos no volume do fomento neste período foram observados nas áreas de nutrição, saúde coletiva, farmácia, fonoaudiologia e medicina.

**Gráfico 2 - Fomento à pesquisa, grande área da saúde, CNPq 200-2006**



No âmbito da Finep não há dados disponíveis sobre o fomento para a grande área da saúde.

À medida que a atuação do Decit foi ganhando credibilidade junto aos demais atores do sistema de ciência e tecnologia, sua aceitação interna também aumentou. Várias secretarias do Ministério da Saúde passaram a solicitar ao Departamento a gestão dos recursos destinados ao financiamento de pesquisas que tinham em seus orçamentos.

### **Harmonização entre a cultura setorial da saúde e a cultura setorial da ciência e tecnologia**

Como já foi amplamente assinalado, a parceria entre o Decit e as agências de fomento do setor de C&T foi fundamental para permitir o desempenho das atividades neste período. Entretanto, a convivência entre as culturas setoriais nem sempre foi livre de atritos.

Há quatro pontos que orientam as atividades de fomento e que apresentam distinções importantes em ambas as culturas setoriais: o predomínio da indução ou do

atendimento à demanda espontânea; o mérito ou a relevância; itens financiáveis e formas de acompanhamento e avaliação.

Em termos sintéticos e relativamente simplificados, pode-se dizer que as atividades de fomento à pesquisa no setor de ciência e tecnologia foram tradicionalmente dirigidas ao atendimento à demanda espontânea, baseando-se fundamentalmente no mérito acadêmico como critério de seleção, avaliando-se os produtos do fomento em termos de publicações científicas e patentes.

Já as atividades de fomento realizadas pelo setor saúde, de forma igualmente sintética e simplificada, caracterizavam-se pela indução através de contratação por encomenda. Enfatizava-se a relevância dos potenciais resultados mais do que o mérito acadêmico, avaliando-se os produtos em termos de sua utilidade.

Pode-se afirmar que a cultura de fomento que predominava no âmbito da política científica e tecnológica geral vem sofrendo alteração gradual nos últimos 15 anos, buscando-se inicialmente o equilíbrio entre as duas modalidades de fomento, com tendência mais recente de inversão do modelo anterior, passando ao predomínio da indução. Neste sentido, ao longo dos últimos sete anos houve aproximação entre as duas culturas, uma vez que a indução à pesquisa passou a ser utilizada por ambos os setores.

Tanto o CNPq quanto Fundações de Apoio (como a Fapesp) vêm destinando em torno de 2/3 dos seus recursos de fomento à pesquisa, ao financiamento de projetos especiais ou editais específicos.

Em parte em decorrência desta primeira mudança, a questão da relevância social ganhou importância crescente como critério de seleção ao lado do mérito acadêmico. Entretanto, na hora de sua operacionalização na montagem dos comitês avaliadores, a cultura acadêmica acaba por predominar, sendo difícil para as agências do setor científico e tecnológico aceitar a participação, em igualdade de condições, de pesquisadores titulados e técnicos ou gestores da política de saúde não titulados ou sem currículo de pesquisador. À primeira vista pode parecer correta a decisão de limitar a participação no julgamento dos projetos aos indivíduos com titulação acadêmica e experiência científica, no entanto, a análise de relevância social dos projetos, feita da perspectiva acadêmica, costuma ser bastante divergente daquela feita por gestores ou técnicos, cuja experiência prática na solução de problemas costuma ser maior.

Assim, esta é uma área de constante atrito nos aspectos operacionais de elaboração dos editais, mas principalmente no julgamento e seleção de propostas. O julgamento da relevância não é um julgamento fácil. De um lado, os gestores ou



técnicos da área da saúde podem não conhecer em profundidade as potencialidades dos conhecimentos científicos gerados e, de outro, os técnicos e gestores da política científica podem não ser capazes de separar corretamente o mérito da relevância<sup>15</sup>.

Outro ponto de divergência aparece nas análises de orçamentos e na aprovação de itens de custeio. Há uma tendência bastante forte nas agências do setor de ciência e tecnologia de verem a pesquisa científica por seu protótipo: a pesquisa experimental em laboratório, na qual o custeio está direcionado para a aquisição de reagentes ou outros insumos necessários, havendo em geral pequena ou nula necessidade de pagamentos de serviços de pessoas físicas. Este modelo não é apropriado ao financiamento das pesquisas populacionais, nas quais a maior parte dos recursos é destinada ao pagamento das pessoas encarregadas da obtenção dos dados nas atividades de campo. Este item de custeio tende a ser confundido com o item orçamentário “contratação de pessoal”, que não é contemplado em nenhuma das duas tradições.

Embora esta pareça ser uma questão menor, na prática é motivo de muito desgaste na revisão orçamentária e muitas vezes os cortes feitos inviabilizam a execução dos projetos. Ou seja, a cultura predominante no campo científico ainda tem como modelo predominante a pesquisa experimental, enquanto o setor saúde utiliza em grande medida pesquisas populacionais.

A avaliação dos produtos também é outro ponto de diferença entre as duas culturas. Para a política setorial de saúde são mais valorizados os aspectos de aplicação dos resultados das pesquisas, ou seja, do potencial de incorporação na prática do que simplesmente a publicação científica. Assim, o processo de acompanhamento e avaliação do fomento coloca desafios mais amplos do que simplesmente a mensuração do número de artigos ou patentes produzidos.

Finalmente cabe mencionar a defasagem entre o tempo da gestão e o tempo da produção de conhecimentos. Para o setor científico não há problemas nesse sentido, pois os projetos não necessariamente precisam ser concluídos no prazo da gestão política do setor. Já para o setor saúde é importante que pelo menos parte dos projetos possa apresentar resultados rápidos que orientem a tomada de decisões no setor.

Certamente o convívio mais estreito entre as duas culturas resultará em aproximações e acomodações que acabarão por repercutir e modificar os modos de operação de cada uma delas.

## **DESAFIOS PARA A POLÍTICA NACIONAL DE CTI EM SAÚDE**

### **1. Institucionalização**

Apesar dos avanços inegáveis na atuação do Ministério da Saúde como um dos atores significativos na formulação e condução da política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde, a institucionalização deste papel ainda é relativamente frágil.

A prospecção e o planejamento estratégico de longo prazo, necessários para a orientação da política científica e tecnológica, requerem certo grau de autonomia em relação à agenda política das lideranças políticas setoriais em cada momento. Há necessidade de um esforço sustentado e devidamente institucionalizado, no interior do governo, para analisar as potencialidades dos campos científicos e inovadores no enfrentamento das carências nacionais.

Tudo o que foi realizado até agora se sustenta na criação da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos e na posição do Departamento de Ciência e Tecnologia nessa estrutura; na deliberação política de destinar um orçamento capaz de permitir a execução de uma série de iniciativas; na sustentação política conferida pelos interesses da comunidade científica da área, após um primeiro momento de dúvidas sobre o acerto da decisão de conferir tal papel ao órgão de política setorial.

A não criação de uma agência de fomento da pesquisa em saúde, subordinada ao Ministério da Saúde, porém com autonomia administrativa, torna o exercício deste papel de liderança sujeito às instabilidades decorrentes da falta de continuidade observada historicamente com relação às políticas públicas no país. Os entraves burocráticos da administração direta também representam problemas para a operação adequada de um órgão de fomento.

### **2. Formulação Estratégica**

A concretização do sistema de informações sobre fomento é um instrumento imprescindível para orientar a formulação estratégica das atividades do Departamento, além de significar fonte de dados para os pesquisadores interessados em tomar como objeto de estudo o próprio sistema de pesquisa em saúde.

Os dados poderão gerar informações úteis para direcionar as ações de fomento; demonstrar, no âmbito político, a relevância das atividades desenvolvidas; acompanhar o desempenho dos editais; reformular instrumentos operacionais e ajustar as prioridades de pesquisa e investimentos.

### **3. Pesquisa Translacional**

Este é um campo que vêm ganhando espaço nas agendas de pesquisa de agências de outros países e que é extremamente relevante para a política científica setorial. O que as agências estão entendendo por pesquisa translacional é o trabalho de “tradução” dos conhecimentos científicos produzidos, como resultado de projetos financiados, para as ações que o sistema de saúde deve desenvolver.

Mesmo que grande parte dos projetos financiados possa ser classificada como pesquisa estratégica, ou seja, aquela que desde sua concepção leva em conta não apenas a produção de conhecimentos novos, mas também sua aplicação, a passagem dos resultados de pesquisa para a ação prática, geralmente demanda algum tipo de trabalho de “tradução” que dificilmente poderá ser deixado a cargo dos próprios profissionais de saúde ou apenas dos pesquisadores.

### **4. Capilaridade dos Produtos da Avaliação de Tecnologias em Saúde**

Além da avaliação de tecnologias em saúde ser um campo com pequena tradição de pesquisa no país, a divulgação dos resultados das revisões sistemáticas e dos projetos avaliativos não tem se mostrado uma tarefa fácil. O uso de instrumentos habituais de divulgação não parece ser suficiente para garantir a capilaridade ao longo de todo o sistema de saúde. A falta de tradição na utilização das informações científicas como um dos elementos do processo de tomada de decisão, tanto pelos técnicos quanto pelos gestores, é uma das barreiras a serem rompidas para tornar o aproveitamento dessas informações algo corriqueiro.

Um passo importante é tornar disponíveis essas análises. Para tal, entretanto, algumas atividades, muitas bem elaboradas e conduzidas, com vistas à sensibilização para o uso da informação, terão que ser desenvolvidas.

### **5. Revisão da Regulamentação da Ética em Pesquisa com Seres Humanos**

O trabalho do Conselho Nacional de Saúde, que instituiu a Conep, estabeleceu a regulação da ética nas pesquisas com seres humanos e orientou a criação dos Comitês de Ética em Pesquisa, desempenhou papel importante na melhoria das pesquisas nacionais e disseminou a preocupação com os aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos.

Passados mais de dez anos do início desse movimento, é necessário rever uma série de aspectos no sentido de aprimorar o processo. Há uma série de observações e experiências de pesquisadores e membros de comitês que parecem

sugerir crescente “burocratização” dessa atividade, e conseqüentemente, esvaziamento de seu conteúdo primordial.

O fato de a regulação ter tomado por base exclusivamente os estudos experimentais têm trazido uma série de dificuldades práticas para o desenvolvimento de pesquisas populacionais com enfoque observacional, por exemplo. A revisão criteriosa das orientações, ajustando-as a cada um dos tipos de pesquisa desenvolvidos na área da saúde, tomando por base as informações advindas do projeto de avaliação do sistema CEP/Conep, análises do banco de dados do Sisnep e ampla consulta aos segmentos organizados da sociedade, pode auxiliar o aprimoramento da regulação e do controle social sobre a atividade dos pesquisadores.

## **6. Jornalismo Científico**

Há uma lacuna importante no processo de divulgação da ciência nacional para o âmbito da sociedade civil. Esta lacuna é importante tanto do ponto de vista da compreensão pública sobre a ciência quanto do ponto de vista político para fortalecer as reivindicações por mais recursos para a produção científica.

Os grandes jornais brasileiros e as revistas semanais recebem informações preparadas pelas agências de notícias ligadas a grandes periódicos científicos como *Science* e *Nature*, e dificilmente os editores científicos se dão ao trabalho de buscar informações sobre a produção nacional. Portanto, a visibilidade da produção nacional na mídia impressa é muito baixa, sem contar outros veículos como rádio e televisão.

A despeito de iniciativas desenvolvidas pela SBPC, Fapesp, e algumas universidades brasileiras, o processo de difusão da ciência nacional ainda é muito tímido, exigindo novas iniciativas.

## **7. Fortalecimento da Capacidade nos Estados**

Programas como o PPSUS e a formação do Conselho de Secretários Estaduais de Ciência e Tecnologia são instrumentos que procuram fortalecer a capacidade de pesquisa nos estados. Entretanto, a maioria das iniciativas tem o limite de utilizar fundamentalmente recursos de fomento, portanto de custeio, como instrumentos para promover a redução das desigualdades regionais. Conforme os dados citados neste documento, é possível verificar que esta distribuição tem se tornado progressivamente mais eqüitativa, sem que isto signifique a superação das diferenças estruturais.

O fortalecimento da capacidade de pesquisa no âmbito estadual parece estar na dependência da articulação de ações destinadas a fortalecer as universidades federais e estaduais, dotá-las de grupos de pesquisadores adequadamente formados,

garantir a continuidade de financiamento a esses grupos e o apoio de grupos consolidados através de mecanismos de cooperação.

## **8. Sistema Nacional de Inovação**

Ainda há muito trabalho a ser feito no sentido da superação do atraso no desenvolvimento tecnológico nacional. A formulação de políticas desenvolvimentistas que articulem a produção industrial, o comércio exterior e a produção tecnológica nacional é um dos requisitos para a superação desse atraso.

Além de uma política explicitamente formulada com diretrizes claras e princípios capazes de mobilizar os diferentes atores, será necessário estabelecer um conjunto de instrumentos para fomentar a mudança da cultura empresarial vigente no país, bem como a mudança na concepção das parcerias público-privado na dimensão política.

Evidentemente este ponto da agenda não será de responsabilidade exclusiva, nem mesmo predominante, do Departamento, entretanto, ele terá um papel a desempenhar na articulação com outros organismos do governo federal.

## **9. Manutenção e Crescimento dos Recursos Financeiros para a Pesquisa**

A separação entre produção e utilização de conhecimentos científicos é um reflexo da debilidade das relações entre a sociedade e a ciência. Esta debilidade põe em risco a sobrevivência da infra-estrutura de pesquisa por torná-la um alvo bastante vulnerável aos cortes de gastos públicos, uma vez que parte considerável das lideranças políticas tende a ver o investimento em ciência e em cultura como algo supérfluo.

Além dos aspectos já assinalados, outro grande desafio será não apenas manter, mas conseguir a ampliação dos recursos financeiros destinados ao fomento da pesquisa em saúde. O dinamismo observado até aqui só poderá ser mantido se o aporte de recursos for suficiente para garantir o desenvolvimento das iniciativas já em andamento, bem como para o financiamento de novas iniciativas.

Aqui também, as informações que o sistema de avaliação e acompanhamento for capaz de gerar, e a competência da área de comunicação social para difundir os resultados no âmbito do sistema de saúde e para a sociedade civil, serão determinantes na construção do apoio político necessário na busca de maiores recursos.

### **Comentários Finais**

Embora muito tenha sido feito pelo Decit nos últimos três anos no sentido de garantir ao Ministério da Saúde lugar protagonista em relação à formulação e implementação da política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde, ainda há muito a fazer.

Para que os avanços ora conseguidos não sofram solução de continuidade e para que não haja retrocesso é imprescindível buscar a institucionalização sob bases mais sólidas e continuar angariando apoio político entre os parceiros.

## Referências Bibliográficas

1. MOREL, C. M. A pesquisa em saúde e os objetivos do milênio: desafios e oportunidades globais, soluções e políticas nacionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n. 2, p.261-270, 2004.
2. PELLEGRINI FILHO, A. Pesquisa em saúde, política de saúde e equidade na América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n. 2, p.339-350, 2004.
3. GUIMARÃES, R. Bases para uma política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p.375-387, 2004.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia em Saúde. *Relatório de gestão 2000-2002*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia em Saúde. *Relatório de gestão 2003*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
6. GUIMARÃES, R. et al. Defining and implementing a National Policy for Science, Technology and Innovation in Health: lessons from the Brazilian experience. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1775-1794, 2006.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia em Saúde. *Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
8. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia em Saúde. *Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
9. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia em Saúde. *Relatório de gestão 2004*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
10. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia em Saúde. *Relatório de gestão 2005*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
11. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia em Saúde. *Relatório de gestão 2006*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
12. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia em Saúde. Da política à ação institucional: prioridades de pesquisa no Ministério da Saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.40, n. 3, p. 548-552, 2006.
13. ALBUQUERQUE, E. M.; SOUZA, S. G. A.; BAESSA, A. R. Pesquisa e inovação em saúde: uma discussão a partir da literatura sobre economia da tecnologia. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2. p. 277-294, 2004.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia em Saúde. *Diretrizes Técnicas do Programa de Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
15. GADELHA, C. A. G.; QUENTAL, C.; FIALHO, B. C. Saúde e inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 47-59, 2003.
16. STOKES, D. E. *O quadrante de Pasteur*. A ciência básica e a inovação tecnológica. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2005.
17. GUIMARÃES, R; CARVALHEIRO, JR; DEGRAVE, W. Health technology and innovation: a Brazilian experience Chapter 4. In: MONITORING Financial Flows for Health Research 2005: Behind the Global Numbers. Geneva: Global Forum for Health Research, 2006.

18. BARRETO, M. L. O conhecimento científico e tecnológico como evidência para políticas e atividades regulatórias em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p.329-338, 2004.
19. COMMISSION ON HEALTH RESEARCH FOR DEVELOPMENT (COHRED). Setting priorities for health research overview. Geneva: WHO, 2003.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Processo de definição de prioridades de pesquisa em saúde: a experiência do Brasil. Série Reuniões e Conferências. 2006. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia em Saúde. Avaliação de Tecnologias em Saúde: institucionalização das ações no Ministério da Saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 743-747, 2006.
22. OXMAN, A. D. et al. Improving the use of research evidence in guideline development: introduction. *Health Research Policy and Systems*, [S.l], v. 4, p.1-4, 2006.



---

**Anexo B: Fortalecendo a capacidade de pesquisa instalada no Brasil para uma política de saúde baseada em evidências: A contribuição do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde no triênio 2003-2005**

---

**Cristovam W. Picanço Diniz e Nonata Trévia**

*DECLARATION OF ALMA ATA*

*The International Conference on Primary Health Care, meeting in Alma-Ata this twelfth day of September in the year Nineteen hundred and seventy-eight, expressing the need for urgent action by all governments, all health and development workers, and the world community to protect and promote the health of all the people of the world, hereby makes the following Declaration:*

*I. The Conference strongly reaffirms that health, which is a state of complete physical, mental and social well being, and not merely the absence of disease or infirmity, is a fundamental human right and that the attainment of the highest possible level of health is a most important world-wide social goal whose realization requires the action of many other social and economic sectors in addition to the health sector.*

*II. The existing gross inequality in the health status of the people—particularly between the developed and developing countries as well as within them— is politically, socially and economically unacceptable and is, therefore, of common concern to all countries.*

*III. Economic and social development, based on a New International Economic Order, is of basic importance to the fullest attainment of health for all and to the reduction of the gap between the health status of the developing and developed countries. The promotion and protection of the*

*health of the people is essential to sustained economic and social development and contributes to a better quality of life and to world peace.*

*IV. The people have the right and duty to participate individually and collectively in the planning and implementation of their health care.*

*V. Governments have a responsibility for the health of their people, which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures. A main social target of governments, international organizations and the whole world community in the coming decades should be the attainment by all peoples of the world by the year 2000 of a level of health that will permit them to lead a socially and economically productive life. Primary health care is the key to attaining this target as part of development in the spirit of social justice.*

*VI. Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self-reliance and self-determination. It forms an integral part both of the country's health system, of which it is the central function and main focus, and of the overall social and economic development of the community. It is the first level of contact of individuals, the family and community with the national health system, bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process.*

*VII. Primary health care:*

*A. Reflects and evolves from the economic conditions and sociocultural and political characteristics of the country and its communities and is based on the application of*

*the relevant results of social, biomedical and health services research and public health experience;*

*B. Addresses the main health problems in the community, providing promotive, preventive, curative, and rehabilitative services accordingly;*

*C. Includes at least: education concerning prevailing health problems and the methods of preventing and controlling them; promotion of food supply and proper nutrition; an adequate supply of safe water and basic sanitation; maternal and child health care, including family planning; immunization against the major infectious diseases; prevention and control of locally endemic diseases; appropriate treatment of common diseases and injuries; and provision of essential drugs;*

*D. Involves, in addition to the health sector, all related sectors and aspects of national and community development: in particular agriculture, animal husbandry, food, industry, education, housing, public works, communication and other sectors; and demands the coordinated efforts of all those sectors;*

*E. Requires and promotes maximum community and individual self-reliance and participation in planning, organization, operation and control of primary health care, making fullest use of local, national and other available resources; and to this end develops through appropriate education the ability of communities to participate;*

*F. Should be sustained by integrated, functional and mutually-supportive referral systems, leading to the progressive improvement of comprehensive health of all, and giving priority to those most in need;*

*G. Relies, at local and referral levels, on health workers, including physicians, nurses, midwives, auxiliaries and community workers as applicable, as well as traditional practitioners as needed, suitably trained-socially and technically- to work as a health team and to respond to the expressed health needs of the community.*

*VIII. All governments should formulate national policies, strategies and plans of action to launch and sustain primary health care as part of a comprehensive national health system and in coordination with other sectors. To this end, it will be necessary to exercise political will, to mobilize the country's resources and to use available external resources rationally.*

*IX. All countries should cooperate in a spirit of partnership and service to ensure primary health care for all people since the attainment of health by people in any one country directly concerns and benefits every other country. In this context the joint WHO/UNICEF report on primary health care constitutes a solid basis for the further development and operation of primary health care throughout the world.*

*X. An acceptable level of health for all the people of the world by the year 2000 can be attained through a fuller and better use of the world's resources, a considerable part of which is now spent on armaments and military conflicts. A genuine policy of independence, peace, détente and disarmament could and should release additional resources that could well be devoted to peaceful aims and in particular to the acceleration of social and economic development of which primary health care, as an essential part, should be allotted its proper share. The International conference on Primary Health Care calls for urgent and effective national and international action to develop and implement primary health care throughout the world and particularly in developing countries in a spirit of technical cooperation and in keeping with a New International Economic Order. It urges governments, WHO and UNICEF, and other international organizations, as well as multilateral and bilateral agencies, nongovernmental organizations, funding agencies, all health workers and the whole world community to support national and international commitment to primary health*

*care and to channel increased technical and financial support to it, particularly in developing countries. The Conference calls on all the aforementioned to collaborate in introducing, developing and maintaining primary health care in accordance with the spirit and content of this Declaration.*

*Adopted by the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, the Kazakh Soviet Socialist Republic (now Kazakhstan), 6-12 September 1978.*

A equidade em saúde como um valor indispensável ao desenvolvimento humano sustentado, advogado pela declaração de Alma Ata, está longe de ser alcançada, com a desigualdade crescente nos países em desenvolvimento alimentando a assimetria na oferta de serviços em saúde<sup>1</sup>. Como corolário tudo faz crer que não se alcançará justiça na oferta de serviços de saúde sem confrontar interesses, processos econômicos e políticos, sem capacitar o país para a mudança pretendida. A Organização Mundial de Saúde divulga análises substantivas na direção de que as ações de pesquisa e intervenção em saúde focalizadas nas dimensões técnicas, clínicas e financeiras são insuficientes para alcançar equidade. Segundo a OMS, é preciso ir além e ao largo de modo a incorporar as dimensões política, econômica, educacional e social nas análises, de modo a ampliar o olhar, homogeneizar linguagens e construir confiança entre os atores, como pré-requisito para obter equidade<sup>2</sup>. No Brasil em particular um grupo de 16 personalidades originários de diferentes áreas de atuação, que constituem a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais em Saúde, criada no atual governo, reunida em setembro último, baseada nas recomendações da OMS e nos preceitos constitucionais, enfatizou a viabilidade de corrigir a iniquidade através de políticas públicas baseadas em informações confiáveis e construídas com o suporte político dos vários segmentos sociais (<http://www.determinantes.fiocruz.br/>). Essa comissão tem como linhas principais de atuação organizar a informação sobre as relações entre determinantes sociais e a situação de iniquidade na saúde, estimular a promoção e avaliar políticas, governamentais ou não governamentais, assim como programas relacionados aos determinantes sociais em saúde, nas esferas local, regional e nacional, agindo em sincronia com os diversos segmentos da sociedade civil para estabelecer ampla compreensão das relações entre saúde, condições de vida e possíveis intervenções necessárias. As questões relacionadas à equidade e informação foram objeto de revisão cuidadosa recente (GONZALEZ-BLOCK, 2004) e as conclusões

---

<sup>1</sup> Global Forum for Health Research. *The 10/90 report on health research 2000*. Geneva: Global Forum for Health Research, 2000.

<sup>2</sup> WHO Task Force on Research Priorities for Equity in Health<sup>1</sup>; the WHO Equity Team. Bull World Health Organ vol.83 no.12 Geneva Dec. 2005.

no que concerne aos países em desenvolvimento apontam para o fato de que a agenda de pesquisa nesses países não avança de forma adequada por conta de uma série de variáveis que incluem a capacidade de pesquisa das instituições, a adequação temporal dos programas de investigação, oportunidades de financiamento, influência dos atores diretamente interessados e a desinformação pública.

Com o intuito de avaliar a contribuição do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde - Decit/MS para o fortalecimento da pesquisa em saúde no triênio 2003-2005, e assim oferecer subsídios para construção de uma política de saúde baseada em evidências, o presente trabalho pretende:

1) explicitar minimamente o cenário brasileiro a partir de onde prosperam os determinantes sociais da iniquidade em saúde;

2) avaliar as ações preliminares de fortalecimento da pesquisa em saúde realizadas pelo Decit – MS no triênio 2003-2005, visando a capacitação e geração de informação necessárias à mudança.

## **1. A Paisagem Anunciada e as Dimensões do Desafio na Busca de Equidade em Saúde.**

*Se lhes dou esses detalhes sobre o asteroide B 612 e lhes confio o seu número, é por causa das pessoas grandes. Elas adoram os números. Quando a gente lhes fala de um novo amigo, as pessoas grandes jamais se interessam em saber como ele realmente é. Não perguntam nunca: "Qual é o som da sua voz? Quais os brinquedos que prefere? Será que ele coleciona borboletas?" Mas perguntam: "Qual é a sua idade? Quantos irmãos ele tem? Quanto pesa? Quanto ganha seu pai? Somente assim é que elas julgam conhecê-lo. Se dizemos às pessoas grandes: " Vi uma bela casa de tijolos cor-de-rosa, gerânios na janela, pombas no telhado..." elas não conseguem, de modo algum, fazer uma idéia da casa. É preciso dizer-lhes "vi uma casa de seiscentos mil reais". Então elas exclamam: "Que beleza!"*

(SAINT-EXUPÉRY, 2000 p.19-20)

Vivemos em um país que possui a maior biodiversidade, a maior bacia de rios navegáveis, gigantesco potencial hídrico, enorme extensão de terras agriculturáveis, reservas minerais no subsolo de longo prazo, exploração de petróleo e gás no leito das bacias de alta tecnologia, um gigante na produção de grãos e indústria de aeronaves de médio porte de alta competitividade. Entretanto, continuamos a exibir população e oportunidades concentradas em grandes cidades, exploração agressiva dos recursos naturais, baixa escolaridade da população trabalhadora, concentração astronômica de renda, desemprego e violência urbana de mãos dadas, taxa de juros congelando

investimentos e deslocamento demográfico anunciando para breve um país senil, com a tarja fluorescente da dívida previdenciária atada às costas.

Com uma população em torno de 174 milhões e mal distribuída num país de dimensões continentais, superposta a diferenças abissais no desenvolvimento intra e inter-regional, o desafio de corrigir a paisagem enfrenta escalas e particularidades geográficas e humanas que caminham ao largo das soluções simplificadoras.

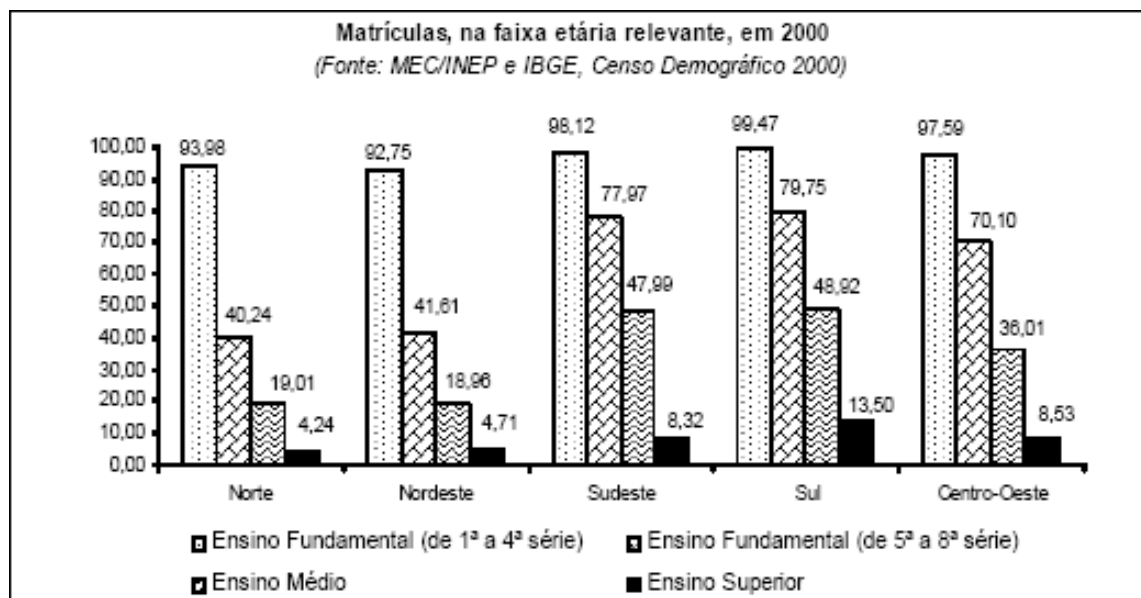
Embora as bases de dados sejam re-visitadas com frequência e a maior parte dos achados sejam do domínio público, o olhar atualizado de alguns indicadores sociais tem o pendor de avaliar o impacto das políticas em curso, e é relevante para o trabalho de formulação de novas políticas. Neste sentido a radiografia serial que o IBGE, o Inep, a Capes e o CNPq têm feito nos deixa ver em detalhes muitas das coincidências suspeitas que se arrastam desde Anísio Teixeira na década de 30. Com os dados do IBGE de 2004 temos uma boa idéia de como nos distribuímos no país. Deles se depreende que ocupamos nosso território de forma desordenada, com enorme densidade de pessoas nas capitais dos estados, onde se concentram a infraestrutura e as oportunidades de emprego, de educação e saúde. O Sudeste, por exemplo, segundo dados do IBGE referentes à síntese dos indicadores sociais de 2004, concentra mais de 78 dos quase 174 milhões de habitantes do país. Seguem-se o Nordeste com mais de 50 milhões, o Sul com mais de 26 e o Norte e o Centro-Oeste com 14 e 13 milhões respectivamente. A segunda variável de importância capital para construção de políticas de saúde menos assimétricas é o combate à excessiva concentração de renda que está presente em todas as regiões, com o país ocupando posição de destaque entre as dez maiores concentrações de renda do planeta.

Sem que a infra-estrutura urbana responda de forma adequada às necessidades, na escala temporal imposta, o fluxo migratório expande os cinturões de miséria em torno de núcleos urbanos cada vez mais violentos.

Tais diferenças se espalharam por muito tempo em todos os setores sociais aprofundando as diferenças regionais em educação, ciência e tecnologia, pilares fundamentais do desenvolvimento sustentado.

No Brasil a base da pirâmide educacional, o ensino básico, é responsável por enorme exclusão, e as consequências da exclusão são visíveis em todos os degraus subsequentes (Figura1).

**Figura 1 - Matrículas na faixa etária relevante em valores percentuais no ano 2000 nos vários níveis de ensino.**



Em todos os degraus da pirâmide há abandono sistemático, e quando se observam os valores absolutos, encontra-se que vários milhões de crianças em todas as regiões do país abandonam a escola sem completar a educação básica tornando-se candidatos a engrossar as filas de desempregados ou empregados com menos de dois salários mínimos, realimentando a concentração de renda.

A série temporal dedicada a estudar a permanência no mercado de trabalho em função da escolaridade, publicada pelo IBGE em 2003, confirma essa predição ilustrando que, enquanto mais de 80% das pessoas com 12 anos de escolaridade ocupam lugar permanente no mercado de trabalho, somente 50% daquelas com 1 a 4 anos de escola permanecem empregadas.

Encolhem-se como consequência todas as escalas temporais de planejamento de suas vidas e em todas as direções. Planejar o futuro para essas pessoas significa garantir a próxima refeição.

No que concerne à área da Saúde, encontro recente para avaliação da pesquisa em saúde como instrumento para alcançar equidade, ocorrido no México em 2004, concluiu que "...Todos os países incluindo os menos desenvolvidos, necessitam de capacidade instalada para conduzir pesquisa em saúde, para implementar e avaliar políticas e programas e para comunicar o uso do que foi investigado (<http://www.who.int/rpc/summit/agenda>). Participaram desse encontro países da Ásia,

América Latina, África e Europa Central e Oriental. Tugwell et al (2006) reportaram estreita correlação entre os países de baixo índice de desenvolvimento humano - IDH e baixa capacidade instalada em pesquisa para conduzir programas de investigação dirigidos às necessidades locais. Além disso, revelam os autores que somente um entre os 12 países que indicaram possuir prioridades na pesquisa em saúde, de fato anunciou estar trabalhando em todas as frentes de pesquisa estimulando a busca de informações para alcançar equidade. Por conta disso recomendam que todos os países (assim como os organismos internacionais) devem investir na construção de um nível mínimo da capacidade nacional para pesquisa orientada para a equidade.

Em relação à capacidade instalada brasileira para produção de conhecimento regional em saúde a partir da pesquisa e da pós-graduação, os números brasileiros são assustadores se comparados aos dos países com políticas públicas baseadas em evidências. O número acumulado de doutores em 2004 envolvidos com produção de conhecimento e formação de recursos humanos na pós-graduação em função da população é descrito na Tabela 1 e na Figura 2. No melhor cenário que é o do Sudeste com cerca de 5 doutores para cada 100.000 habitantes (1:20.000), estamos muito distantes dos indicadores de países da Europa Oriental, por exemplo, que exibem números em torno de 1 doutor para cada 500 habitantes. A região Norte do Brasil amarga o indicador mais baixo com menos de 1 doutor para cada 100 mil habitantes.

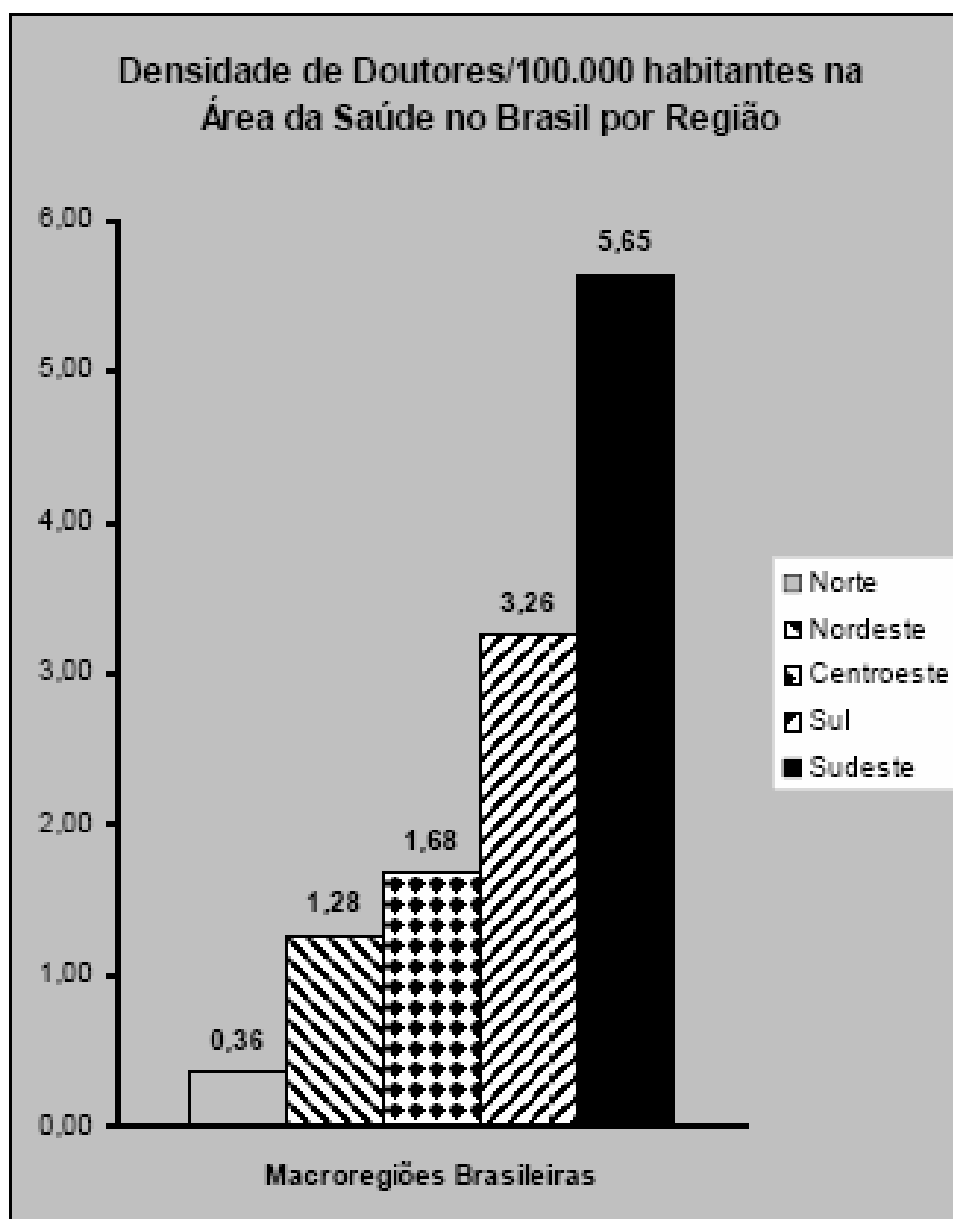
Tal como ilustrado na Tabela 1, a densidade populacional varia entre as regiões brasileiras, sendo natural que o aporte de serviços de saúde e a produção de conhecimento guarde uma relação com esse indicador quando se planeja a saúde buscando a equidade. Entretanto, não é esse cenário que desponta mesmo quando se tomam indicadores básicos como a presença de pessoal habilitado a produzir conhecimento novo, ou a oferta de profissionais com formação médica, levando em conta a densidade populacional (Figuras 2 e 3).

**Tabela 1. Densidade de Doutores por 100.000 habitantes na Grande Área da Saúde nas Regiões Brasileiras (Fonte: CAPES, IBGE, 2005).**

	Doutores	População	Doutores /100.000 habitantes
Norte	51	14.104.291	0,36
Nordeste	651	51.019.091	1,27
Centro Oeste	219	13.020.767	1,68
Sul	880	26.973.511	3,26
Sudeste	4431	78.472.017	5,64

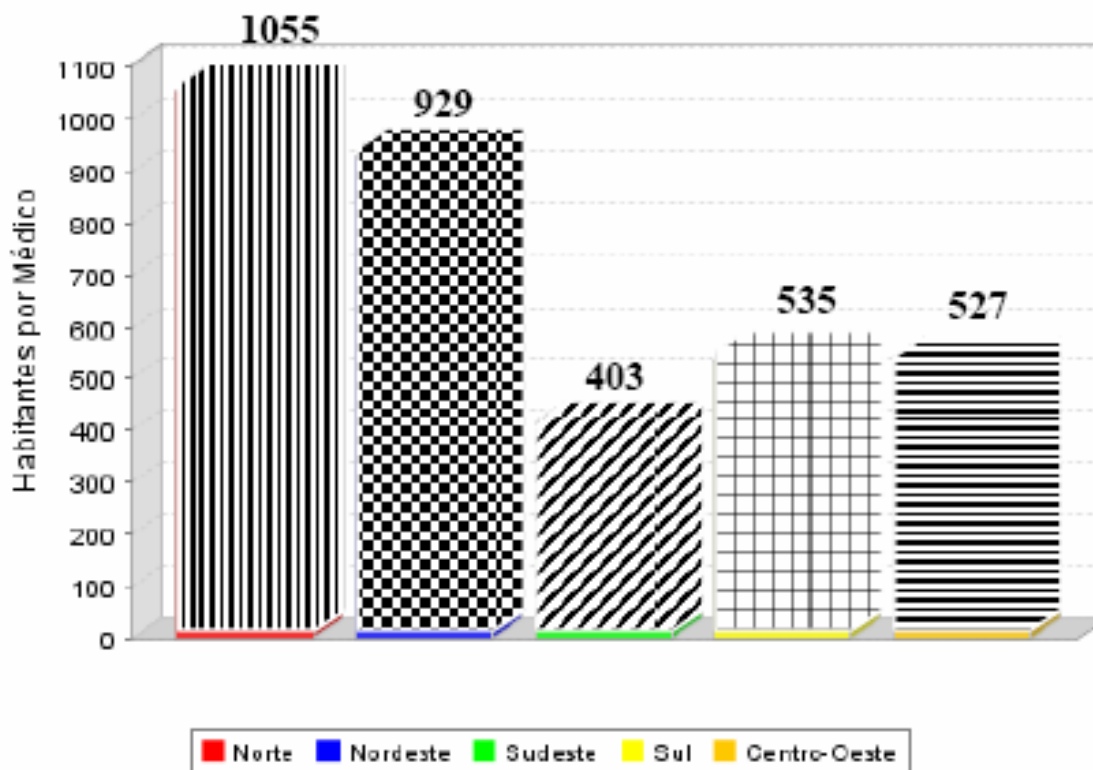


**Figura 2. Densidade de Doutores na Área da Saúde para cada 100 mil habitantes. (Fonte: CAPES, IBGE, 2005).**



O número de habitantes para cada médico em cada região brasileira por sua vez é um dado que indica prontamente que há elementos que contribuem para a desigualdade na oferta de serviços de saúde às populações das diferentes regiões que precisam ser corrigidos (Figura 3).

**Figura 3. Número de habitantes para cada Médico nas Regiões Brasileiras.**  
**Fonte: Conselho Federal de Medicina (<http://www.portalmédico.org.br>)**

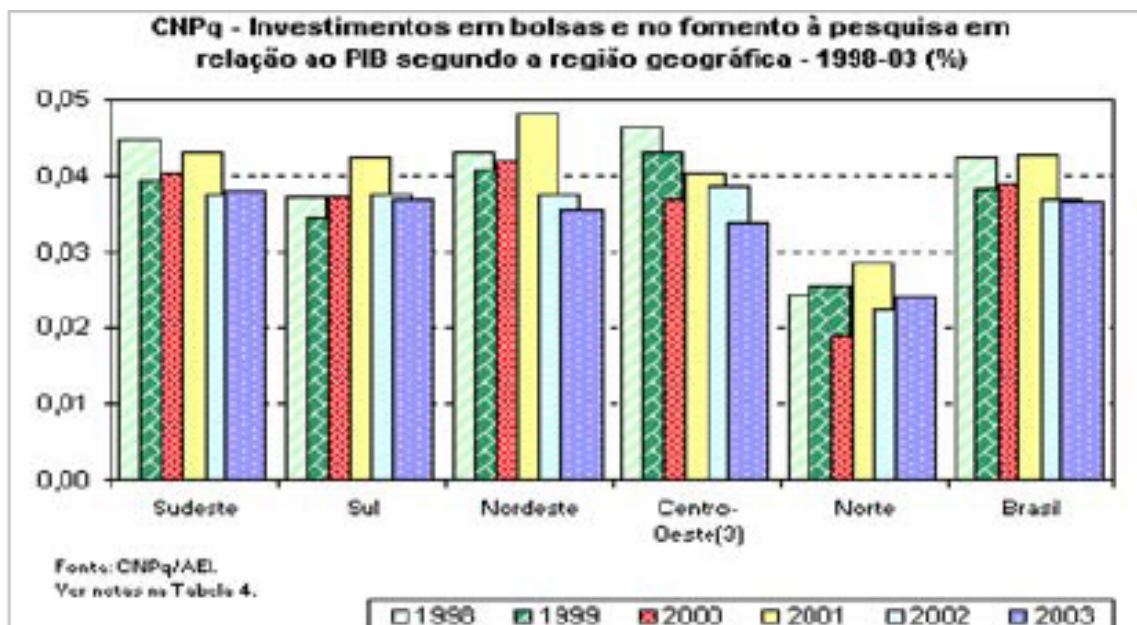


Some-se a esses, outros fatores sistêmicos que contribuem para impor barreiras à construção de políticas de saúde mais simétricas e baseadas em evidências tais como a ausência ou insuficiência da geração e/ou da utilização de conhecimento novo adaptado às múltiplas dimensões de cada problema a ser atacado; desatenção do formulador de política e/ou dos gestores no combate à prática de tratamentos e/ou de ações preventivas ineficazes; ausência de atualização e capacitação permanente em procedimentos e/ou insuficiência dos meios materiais para promover facilidade de ingresso e de acesso da população aos serviços; garantias de que a informação adequada atinja todo o território nacional, para que a oferta alcance todos os brasileiros, independente da idade, raça, cor, sexo, convicção religiosa, região ou cultura. Um esforço de compreensão detalhado desses impedimentos sistêmicos foi recentemente publicado para os problemas de saúde mental nos Estados Unidos e o enfoque baseado em evidências para superação dos problemas é um bom exemplo das vantagens e dos limites dessa forma de construção de políticas de saúde (*New Freedom Commission On Mental Health*, (2005), [www.mentalhealthcommission.gov](http://www.mentalhealthcommission.gov)).

As consequências desse passivo sistêmico no sistema de saúde brasileiro para equidade e para política de saúde baseada em evidências são óbvias no curto, no médio e no longo-prazos e precisam ser consideradas por todos os atores envolvidos na formulação, no planejamento, na execução e na geração de ciência, tecnologia e inovação, que investigam e propõem soluções para os problemas da área da saúde no Brasil.

Do lado econômico, mesmo se utilizando do indicador mais aceito por aqueles que desenham e fazem acontecer a economia de mercado mais feroz, que seria a de oferecer as facilidades de acesso aos bens universais como saúde e educação, em relação direta à produção de riquezas de cada qual, fica caracterizada a injustiça na oferta de recursos. As bases de dados mostram que a relação entre produto interno bruto por região e os investimentos dele decorrentes não é aplicada seguindo a regra que estipula “a cada um segundo a sua produção”. Até mesmo no que concerne às agências de fomento a série histórica exibida pelo CNPq entre 1998 e 2003, correspondente aos investimentos em bolsas e fomento, revela desigualdades sistemáticas no período, particularmente desfavoráveis no que concerne à Região Norte. A lógica que se aplicou ao longo dos anos é de que o pecado da região é a baixa densidade de competência instalada e a penitência a de garantir que continue assim por insuficiência de investimentos.

**Figura 4. Série histórica ilustrando a relação entre Produto Interno Bruto e Investimentos em Formação de Recursos Humanos e Fomento à Pesquisa por Região Brasileira: O Pecado e a Penitência.**



## **2. Por uma Política de Saúde Baseada em Evidências como Programa de Estado: O Papel do Decit/MS no Fortalecimento de Ciência e Tecnologia na área da Saúde.**

Diante da paisagem anunciada, parece que tudo que se faz com esforço extraordinário é engolfado pelo efeito de escala do gigante brasileiro. A insuficiência das ações e dos recursos, assim como da capacidade instalada tem sido documentada *ad nauseam*, com governos sucessivos amargando indicadores sociais de exclusão crescentes. Nessa direção, há pelo menos uma década, encorajam-se, políticas públicas baseadas em evidências, incluindo a área da saúde particularmente na América do Norte, Europa Ocidental e Austrália, assim como em outros países que reúnem as condições necessárias para produção de conhecimento em densidade e qualidade, com infra-estrutura de pesquisa e indicadores sociais e econômicos compatíveis com essa prática (MITTELMARK et al., 2004).

Isso parece ter se estabelecido a partir da emergência da medicina baseada em evidências no início dos anos 90, quando os clínicos, premidos a adotarem essa prática e reconhecendo o valor agregado a ela, desafiaram os gestores e os planejadores de saúde a adotarem o mesmo procedimento em suas formulações (BLACK; DONALD, 2001a). O argumento posto para esse desafio foi o de que, se era

esperado que os médicos baseassem suas decisões terapêuticas ou preventivas nos dados atualizados das pesquisas científicas, então os planejadores e gestores das políticas de saúde igualmente deveriam fazê-lo, para construir um sistema de saúde coerente e eficiente (HAM et al., 2001). Esta idéia parece ter se generalizado nos países desenvolvidos, enquanto meta a ser alcançada no setor público como um todo, com destaque para a área de saúde. O aparecimento de periódicos especializados para divulgação da gestão e da prática de políticas públicas baseadas em evidências são um indicador do espaço conquistado. A criação do *Journal of Evidence Based Health Policy and Management*, na Inglaterra no início desta década (BLACK and DONALD, 2001b) inaugurou uma série de exemplos (agora numerosos) nessa direção. Parece ter contribuído para isso o crescimento da interação e da confiança entre os que planejam e fazem acontecer as políticas e aqueles que produzem evidências a partir de financiamentos públicos (HARPHAM and TWAM, 2006).

A Comissão sobre Pesquisa em Saúde para o Desenvolvimento<sup>3</sup> identificou quatro componentes essenciais na pesquisa em Saúde que podem ajudar o formulador de políticas a construí-las com o novo perfil: 1) Avaliação dos custos sociais e implicações das doenças e seus determinantes para identificar e definir prioridades entre os problemas de saúde; 2) Programas de investigação para guiar e acelerar a implementação dos dados da pesquisa de modo a lidar com os problemas eleitos e que precisam ser atacados; 3) Desenvolvimento de novas ferramentas e metodologias para medir e promover equidade; 4) Pesquisa básica para avançar na compreensão dos mecanismos sistêmicos da doença e ou do patógeno de modo a produzir janelas para intervenção preventiva ou curativa.

É nesse espaço de construção de capacidade para pesquisa em saúde que atua o Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde e é acerca de suas ações que nos deteremos neste artigo.

O Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde, tal como apontado em seus relatórios de gestão submetidos a presente análise, é um dos braços da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde e tem como propósito potencializar o fomento à pesquisa em saúde, atando-o às necessidades do Sistema Único de Saúde e às demandas da população. As linhas mestras para pesquisa, em torno das quais ele se organiza para indução do fomento, foram definidas pela Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde - ANPPS

---

<sup>3</sup> COMMISSION on Health Research for Development. *Health research: essential link to equity in development*. Oxford: Oxford University Press, 1990.

consolidadas em 2004 na 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Elas refletem contribuições partilhadas por usuários, trabalhadores, gestores e pesquisadores que participaram da conferência ou que contribuíram para ela através das agendas regionais.

Para análise da atuação do Decit recebemos cópias de três relatórios anuais correspondentes ao período 2003-2005. É a partir deles e das informações suplementares obtidas nas bases de dados do CNPq, e com o viés analítico de nossa experiência acumulada enquanto gestor que interpretamos o potencial das realizações em curso, antecipando em alguns momentos seus impactos prováveis no longo prazo.

Em que pese inquestionável a relevância da escolha das ações empreendidas, posto que seguem a trilha determinada pela Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, é difícil medir com acuidade o impacto daquelas num período tão curto.

Em decorrência desse curto espaço de tempo, não há no escopo dos documentos referências a possíveis avaliações e/ou o acompanhamento dos projetos financiados, constituindo-se o conjunto de dados dos relatórios, uma descrição detalhada das ações com um inventário nominal dos projetos apoiados, recursos correspondentes mobilizados e atores envolvidos nas diversas Regiões e instituições do país. A seqüência dos relatórios anuais oferecidos para análise revela entretanto contrastes importantes no que concerne a oferta de informações, e isso claramente está associado ao crescimento dos recursos em 2004 e 2005, permitindo uma análise de maior densidade.

O Relatório de 2004, em particular, marca mudança substantiva na forma de agir do Departamento, com expansão de suas ações, inicialmente centradas nos institutos de pesquisa vinculados ao Ministério, que a partir de então passam a englobar o conjunto das instituições e grupos de pesquisa em saúde no país. A partir de acordos de cooperação técnica com as agências de fomento Finep e CNPq, que "...tornaram-se agentes técnicos das ações de fomento com recursos do orçamento do Decit...". essas mudanças concebidas e implementadas sob liderança de Reinaldo Guimarães, Diretor do Decit à época e consolidadas nas ações posteriores de Suzanne Serruya que o substituiu na direção, tiveram o mérito de ir além e ao largo.

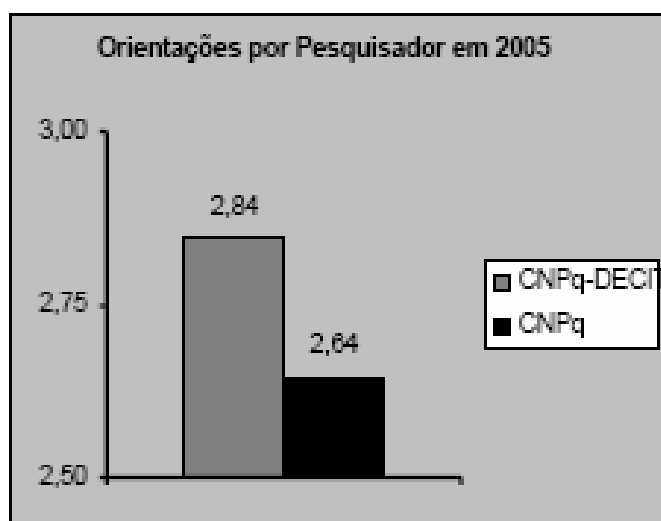
### ***Impactos da Atuação do Decit na Pós-Graduação em Saúde***

Um indicador apontado pelos relatórios digno de nota é o fato de que cerca de 81% dos recursos ofertados para financiamento pelo Decit foram contratados com

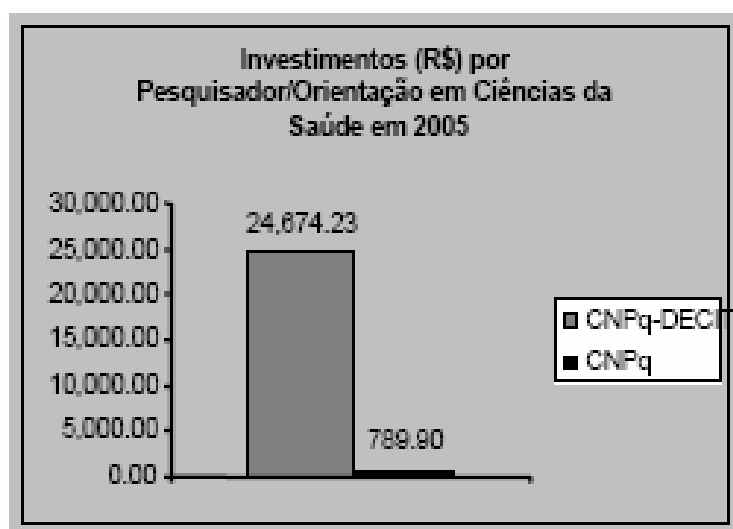
instituições associadas ao Ensino Superior, em sua maioria universidades federais ou estaduais, públicas, onde se situa mais de 80% da produção de conhecimento novo no Brasil. Associada a estas está a maioria dos programas de pós-graduação brasileiros.

Assim, o Decit ao induzir a partir do fomento dirigido novas linhas de pesquisa associadas às diretrizes definidas pela Agenda Nacional de Pesquisa em Saúde, junto à Pesquisa e Pós-Graduação das Universidades, fez crescer um componente fundamental para o fortalecimento e expansão da capacidade instalada em saúde que é o da formação de recursos humanos avançados. Um olhar rápido nos grupos de pesquisa beneficiados pelo fomento induzido pelo Decit, consultando as bases de dados do Diretório dos Grupos de Pesquisa do CNPq na Plataforma *Lattes*, revela de pronto o enorme valor potencial da iniciativa para a formação de recursos humanos avançados em saúde (Figura 5 e 6). Na Figura 5 se explicita o número médio de estudantes por pesquisador da área da saúde que receberam recursos do Decit em comparação com os pesquisadores que receberam recursos do CNPq em 2005 na mesma área. Esses números revelam que a quantidade de estudantes na pós-graduação associados a orientadores que receberam suporte do Decit são pelo menos comparáveis aos do CNPq atuando isoladamente na área da saúde. A Figura 5 revela, entretanto um maior nível de investimento por pesquisador por estudante de pós-graduação na área da saúde a partir do fomento do Decit comparativamente ao CNPq. A explicação para o fato é a de que os investimentos *per capita* feitos pelo Decit foram mais altos que os do CNPq no triênio. Não é possível ainda medir com segurança, em função do tempo curto decorrido desde então, qual o impacto de longo prazo da iniciativa, mas é possível anteciper que uma força tarefa de grande qualidade, originalmente não vinculada à área da saúde foi agregada à luta pela busca de informação confiável para tornar possível uma política de saúde baseada em evidências.

**Figura 5. Número de Orientações por pesquisador em Ciências da Saúde em 2005 que receberam financiamento do Decit/MS ou do CNPq (Fonte: CNPq).**



**Figura 6. Investimento por Estudante de Pós-Graduação por Orientador na Área da Saúde a partir de fomento do Decit/MS ou do CNPq (Fonte: CNPq).**



### ***Prioridades de Financiamento da Pesquisa em Saúde***

A decisão de fomentar o financiamento com base nas recomendações da ANPPS, revela o relatório de 2004, baseou-se na necessidade reconhecida em escala internacional de que é preciso aproximar as atividades de quem faz pesquisa daquelas de quem faz política, "...conferindo à autoridade nacional de saúde um papel mais relevante na definição de prioridades e na ação de apoio à pesquisa...".



A figura 7, modificada a partir do Relatório de 2005, é ilustrativa das áreas de investigação cobertas a partir das recomendações da ANPPS.

**Figura 7. Valores percentuais de investimentos por subagenda da ANPPS. (Fonte: Relatório de Gestão Decit/MS, 2005).**



É claro que mesmo um olhar rápido revela que há insuficiência na cobertura das subagendas e muito mais ainda nos níveis de investigação dentro de cada uma delas, mas antecipa o potencial extraordinário dos editais indutores no que tange a aproximação dos que fazem política daqueles que produzem ciência, orientando a capacidade instalada para a busca de soluções dos problemas identificados como relevantes pela Agenda Nacional de Pesquisa em Saúde. Não há, entretanto estudos quantitativos que permitam compatibilizar oferta com capacidade instalada, garantindo níveis de investimentos adequados para cada subagenda. Tão pouco há programas dirigidos para ação sistemática em sintonia com as agências envolvidas com a pós-graduação (Capes e CNPq) para identificar as lacunas de formação em áreas estratégicas para a saúde no longo prazo. Um exemplo disso é o que vai acontecer em breve no setor saúde com o deslocamento demográfico da população brasileira. Nesse sentido os dados do IBGE sinalizam fortemente para a necessidade de ajustes na oferta de serviços de assistência ao idoso em função da demanda desigual nas diversas metrópoles brasileiras (Tabela 2). A cidade de Belém (em negrito na tabela) exibe o maior índice de envelhecimento de sua população.

**Tabela 2. Idosos versus Jovens nas Capitais Brasileiras (Fonte IBGE).**

Número de pessoas idosas para cada 100 indivíduos jovens por ano, segundo Capital (Fonte IBGE)				
Capital	2000	2002	2003	2004
Porto Velho	12,7	14,3	13,7	15,5
Rio Branco	15,6	16,8	16,7	17,7
Manaus	14	14,7	14,9	15,2
Boa Vista	10,6	11,1	11,3	11,5
<u>Belém</u>	<u>24,3</u>	<u>44,5</u>	<u>59,6</u>	<u>74,8</u>
Macapá	11,1	11,5	11,5	11,7
Palmas	8,2	8,4	8,4	8,5
São Luís	18,7	20,4	21,1	21,7
Teresina	20,5	22,8	23,7	24,6
Fortaleza	25,4	27,2	27,9	28,6
Natal	27,9	30,1	31	31,9
João Pessoa	29,4	31,9	32,8	33,8
Recife	35,9	39	40,3	41,7
Maceió	21,5	22,8	23	23,4
Aracaju	25,3	27,8	28,9	29,9
Salvador	25,8	28,9	30,2	31,4
Belo Horizonte	37,6	42	43,9	45,8
Vitória	36,9	41,2	43,1	44,9

Rio de Janeiro	58,8	60,5	62	63,5
São Paulo	37,5	40,4	41,5	42,7
Curitiba	33,8	36,5	37,6	38,7
Florianópolis	35,3	38	39,1	40,1
Porto Alegre	51,2	56	58	60
Campo Grande	25,5	27,9	28,9	29,8
Cuiabá	19,5	21,7	22,7	23,8
Goiânia	27,2	30,2	31,4	32,8
Brasília	18,8	20,8	21,3	22

A forma de atuar em parceria com as agências de fomento trouxe para o Ministério da Saúde, através do Decit, maior eficiência na aplicação dos recursos e agilidade na execução dos orçamentos, que puderam ser aplicados em sua maior proporção nas atividades fim. Além disso, incorporou ao sistema a avaliação de mérito dos projetos de pesquisa em saúde, adotando o formato da revisão por pares já amplamente aceito pelas comunidades científicas nacional e internacionais. Mais do que isso, evitou a duplicação de esforços, promovendo a redução dos custos relacionados à gestão administrativa de cada um dos editais.

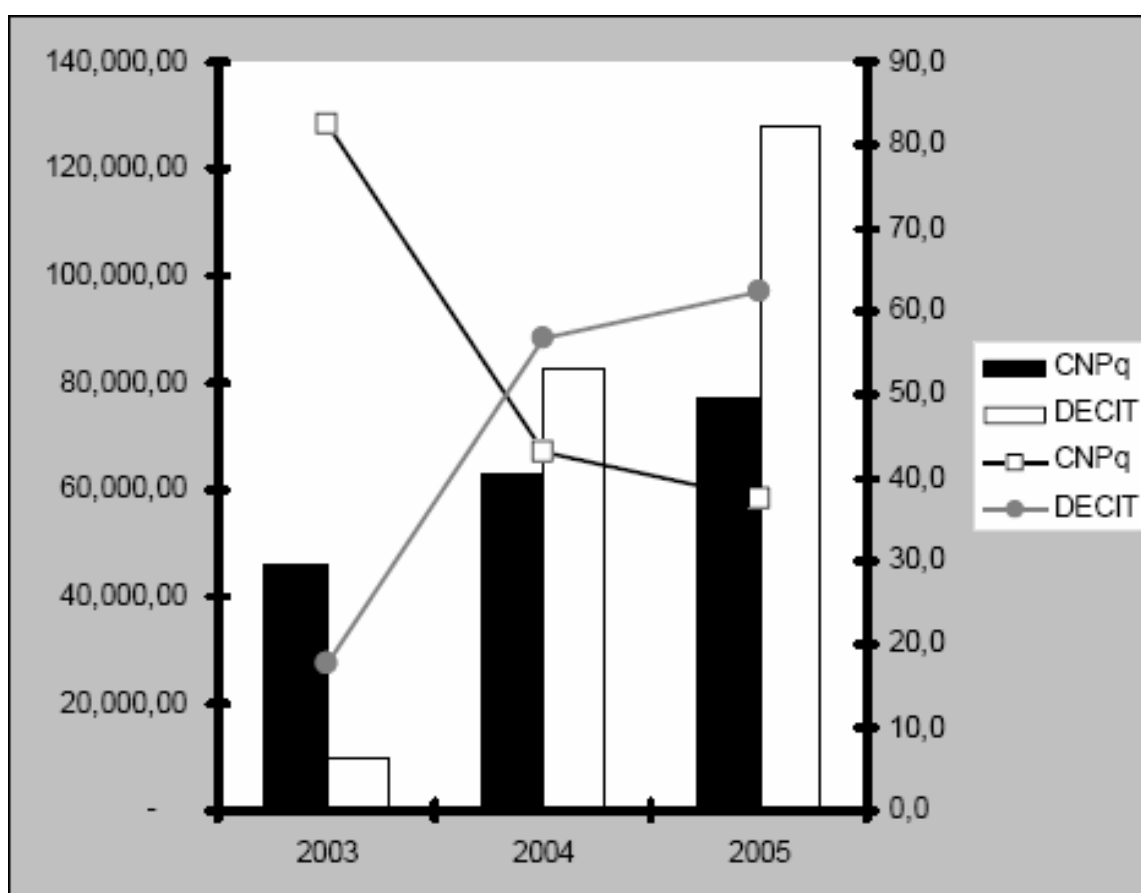
Com um orçamento inicial claramente insuficiente, Reinaldo Guimarães e sua equipe conceberam a forma e o foco de atuação do Departamento, alinhavaram as ações políticas necessárias, integraram os atores em redes nacionais, e deram a partida na mudança com o apoio integral do Ministério. O crescimento dos investimentos no triênio pode ser prontamente apreciado na Figura 8. Em valores proporcionais é interessante constatar o quanto significou o esforço empreendido pelo Ministério da Saúde em comparação àquele do CNPq no mesmo triênio (Tabela 3, Figura 8).

**Tabela 3. Contribuição relativa para o fomento a Pesquisa em Saúde. CNPq/MCT x Decit/MS (2003-2005). (Fonte: Decit/MS, CNPq/MCT).**

Ano	Valores (em mil reais)		Percentagem	
	CNPq	DECIT	CNPq	DECIT
2003	46,410,00	9,900,00	82,4	17,6
2004	62,895,00	82,500,00	43,3	56,7
2005	77,113,00	128,000,00	37,6	62,4

Com uma contribuição inicial de menos de 20% ao fomento à pesquisa em saúde em 2003, o MS através do Decit passa a mais de 60% do aporte de recursos em 2005, quando considerada a soma das contribuições dele e do CNPq na área de saúde.

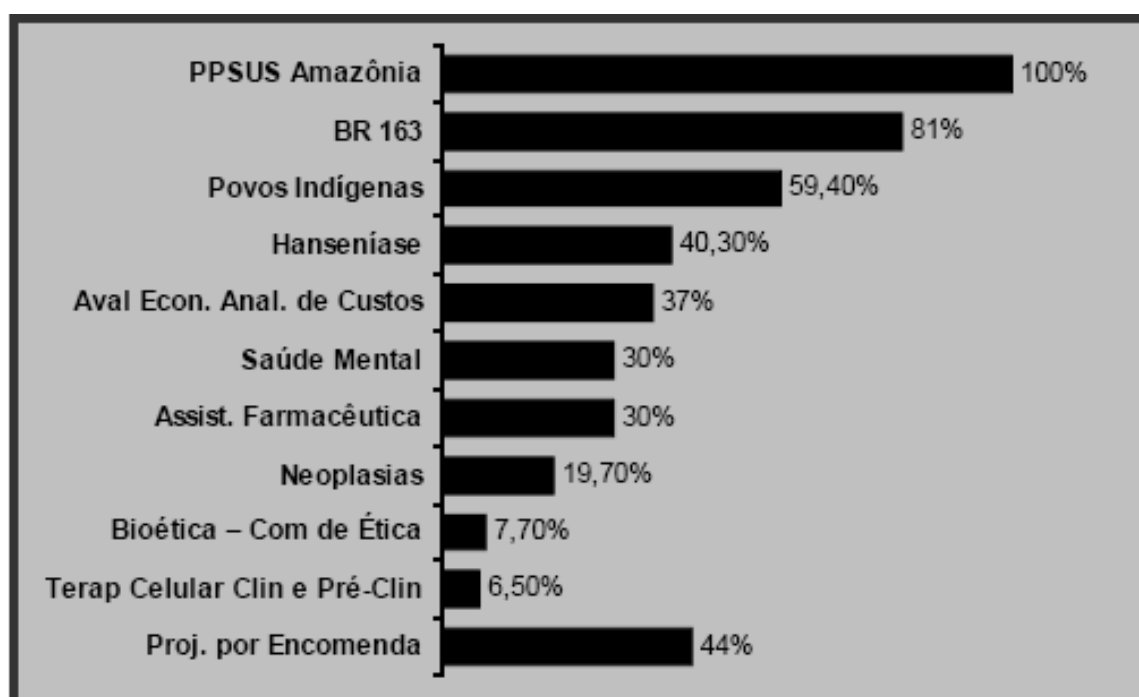
**Figura 8. Contribuição relativa do CNPq e do Decit para o fomento à pesquisa na Área da Saúde no triênio 2003-2005 em valores absolutos (colunas) e percentuais (linhas). Nas ordenadas à esquerda valores absolutos em reais e à direita valores percentuais. Notar o crescimento relativo importante da contribuição do Decit no triênio. (Fonte: Decit/MS, CNPq/MCT)**



### **Fortalecimento Regional da Pesquisa em Saúde e a Indução de Estudos Multicêntricos Integrados**

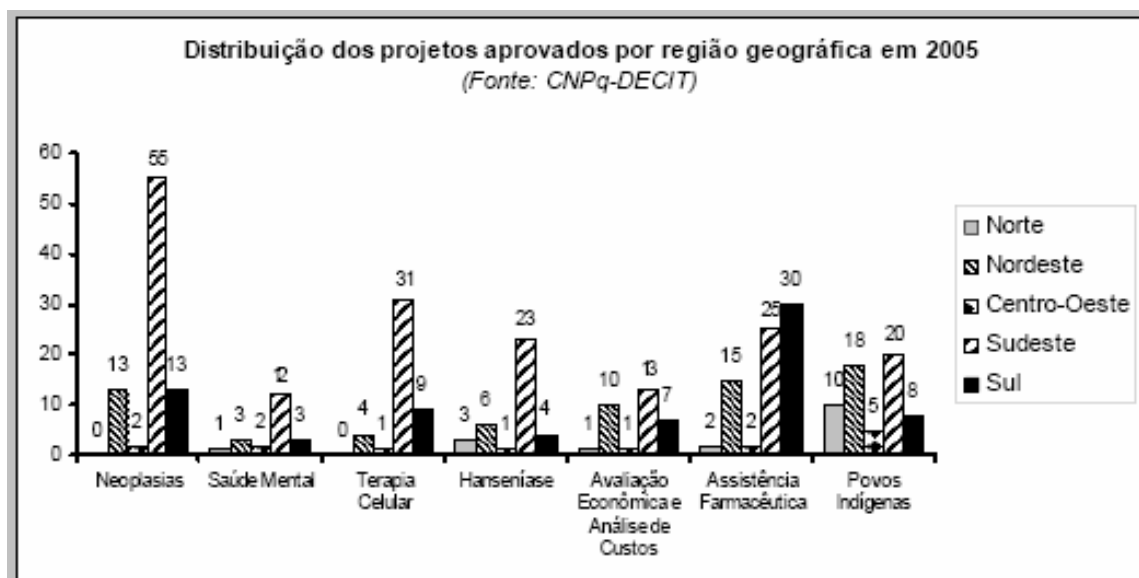
Um outro aspecto importante dos relatórios é o destaque dado aos investimentos nas várias regiões do país e a integração de ações nacionais induzidas a partir de editais contemplando redes de pesquisa. No que concerne aos mecanismos de ação para superação das desigualdades regionais, cumpriu-se o princípio de respeitar na maioria dos editais, percentual mínimo de 30% dos recursos alocados nacionalmente para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e, em dois deles deliberou-se pela exclusividade, com concorrência restrita à região de interesse: são exemplos deste último caso a “Pesquisa para o Sistema Único de Saúde - Saúde Amazônia”, e Saúde para a Área de Influência da BR 163, que financiaram estudos voltados ao conhecimento dos agravos prevalentes da saúde e dos possíveis impactos das mudanças sócio-econômicas na saúde da população das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste”...(Figura 9). Em 2004 já havia se exteriorizada essa preocupação de modo que a Região Nordeste recebeu solitariamente 34% do volume total de recursos ofertados naquele ano.

**Figura 9. Detalhamento das ações induzidas em vários dos editais mostrando o percentual relativo dos investimentos nas Regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste. Notar que em 7 dos editais cumpriu-se a premissa de garantir que pelo menos 30% dos recursos fossem dirigidos a tais regiões. Fonte: Relatório de Gestão Decit/MS, 2005.**

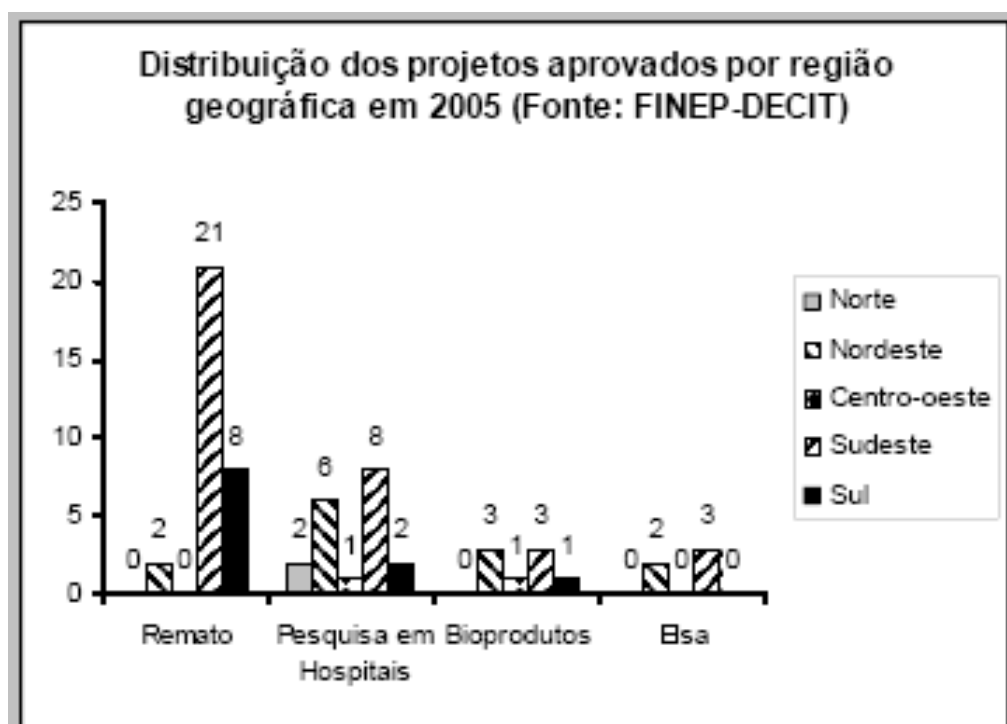


Cabe, entretanto realçar que o nível de desenvolvimento da pesquisa em saúde nas diferentes regiões naturalmente seleciona ou exclui as instituições participantes, em função da área de investigação induzida no edital. O argumento de que as áreas de baixa competência instalada têm baixa demanda, como instrumento para justificativa para o pequeno aporte de recursos, só congela a possibilidade de fazê-las competentes na área específica. As Figuras 10 e 11 ilustram, por exemplo, que a região Norte sem a densidade de capacitação instalada para atender às exigências das áreas de investigação em Neoplasias e Terapia Celular (Figura 10) ou em Doenças Cardiovasculares, Diabetes e Bioprodutos (Figura 11), não participou desses editais. Entretanto, em muitos editais poder-se-ia facilmente circunscrever esse problema com a formação de redes cooperativas entre as instituições que detém a densidade desejável e as que não detém. Essa é uma decisão administrativa relativamente simples que induz a transferência de expertise para lidar com os problemas de saúde entre instituições de diferentes níveis de maturidade científica. É importante destacar que não se pretende com essa observação argüir que todas as áreas de investigação relevantes para o sistema de saúde brasileiro precisam ser investigadas em todas as regiões, apenas chamar atenção para a importância da ação do gestor público quando da tomada de decisão, no sentido de que, ao priorizar uma área de investigação em um determinado setor ou região é necessário que se instalem mecanismos para que os benefícios dela decorrentes sejam alcançados pelo país como um todo. Por outro lado, chama a atenção o fato de que entre a definição da Agenda Nacional de Pesquisa em Saúde e a execução orçamentária, há margem de operação para acertos (que precisam ser reproduzidos) e erros (que precisam ser evitados), que exigem trabalho de quantificação das demandas presentes e prospecção futura, numa rede complexa de interações, cujo objetivo último é o de construir equidade.

**Figura 10. Número de projetos aprovados por área de investigação e por região. Notar a ausência de participação da Região Norte em pelo menos dois deles. Fonte CNPq-Decit.**

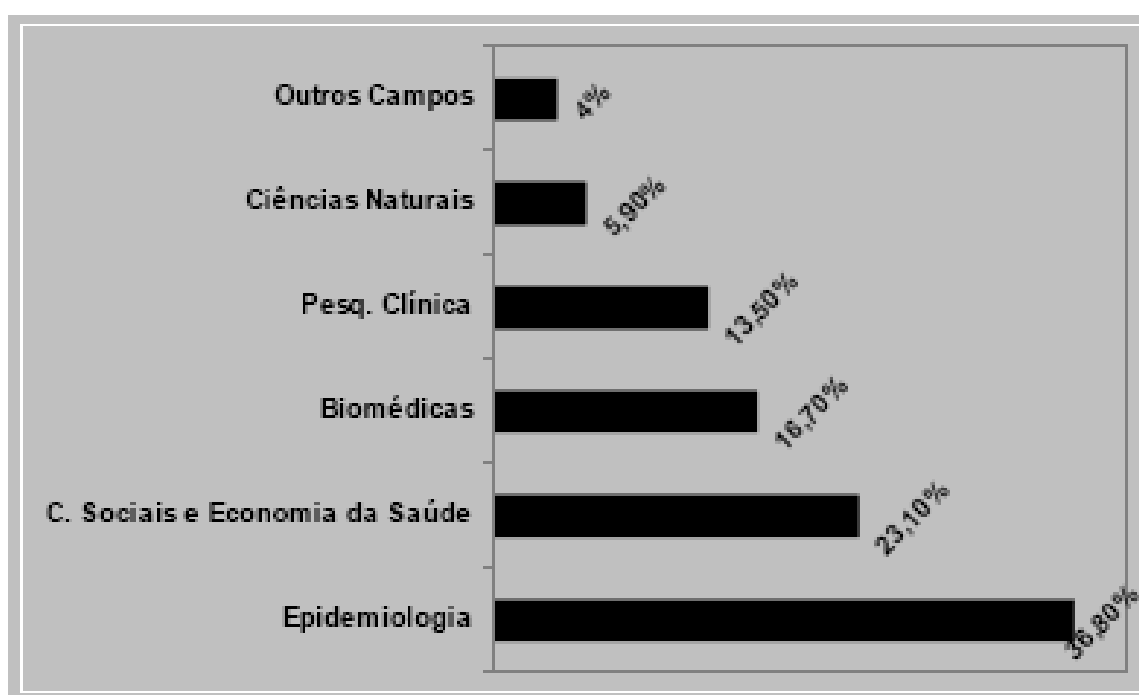


**Figura 11. Número de Projetos de Investigação aprovados em diferentes editais por região geográfica em parceria com a Finep. Remato- Pesquisa em Implantes Ortopédicos, Elsa Brasil- Pesquisa em Doenças Cardiovasculares e Diabetes. Notar a ausência da participação da Região Norte em pelo menos 3 das chamadas. Fonte Decit-Finep.**



Outro aspecto importante determinado como linha de ação do Decit foi o espaço conferido aos editais indutores de estudos multicêntricos, integrando ou construindo redes de pesquisa onde não havia e fortalecendo as que já existiam. Com um foco maior em pesquisa epidemiológica, nota-se um esforço de mapeamento topográfico detalhado do passivo a ser enfrentado no setor da saúde, de modo a orientar os passos subseqüentes daqueles que atualizarão a agenda de pesquisa para a saúde (Figura 12).

**Figura 12. Percentual de Recursos nos Editais por Área de Investigação.**



### ***Ética em Pesquisa***

O fortalecimento e a disseminação da necessidade de regulamentação de procedimentos compatíveis com a ética em pesquisa com seres humanos merece comentário especial. A partir de ações de financiamento de pequena monta, organizou-se a rede nacional de comitês de ética - CEP em associação ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa-Conep, garantindo capacitação de membros dos 392 comitês locais registrados, para implantação e acompanhamento de política pública a ser adotada em todo o território nacional, onde acontecem pesquisas com seres humanos. A articulação desses comitês a partir de rede nacional em tempo real constituindo o



SISNEP pode, se mantida sustentação mínima das ações iniciais, garantir a atualização permanente de normas, protocolos, resoluções etc., transformando a iniciativa em um instrumento de controle social de grande importância, gerando transparência e confiança. Há muito não se via uma ação orgânica com essas características e impacto, envolvendo a necessária permeabilidade nos procedimentos em pesquisa com seres humanos.

Duas outras iniciativas que poderão gerar impactos importantes, mas para as quais ainda não temos elementos de avaliação dada a precocidade das medidas, foram: o apoio financeiro a projetos estratégicos voltados às necessidades do Sistema Único de Saúde e o fomento ao desenvolvimento tecnológico no complexo produtivo da saúde. De difícil avaliação posto que interferem com culturas, interesses e linguagens variadas, a natureza destas ações merece acompanhamento e *feedback* mais próximo para garantia da eficiência dos investimentos públicos.

### ***Modelo de Gestão de Recursos***

A submissão e avaliação das políticas empreendidas pelo Decit ao Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação do Ministério da Saúde criado por portaria ministerial, coroa um modelo de gestão do qual participam representantes dos vários segmentos interessados na formulação, coordenação, uso e acompanhamento das políticas em curso, definindo metodologias, indicadores e procedimentos que transformam, aperfeiçoam e implantam as correções de rota necessárias à eficiência do sistema.

A opção pelo sistema de editais públicos e a parceria com as agências de fomento praticamente substituiu a contratação de projetos por encomenda dando maior transparência aos procedimentos, ao mesmo tempo em que incorporou a avaliação externa e por pares para a tomada de decisão com a subsequente contratação dos projetos aprovados no mérito. Em 2005, apenas 11% dos recursos foram canalizados para projetos por encomenda, modalidade que até então respondia por mais de 50% dos recursos mobilizados.

### **Conclusões e Recomendação Final**

A partir dos indicadores sociais revistos no início deste trabalho tudo faz crer que não se alcançará justiça na oferta de serviços de saúde sem confrontar interesses, processos econômicos e políticos e sem capacitar o país para a mudança pretendida. Também é verdade que as mudanças educacionais necessárias à equidade se contam em décadas e que, portanto não há como encontrar atalhos, a não ser definindo

Educação já, de boa qualidade e para todos, como política de Estado, para impedir o avanço da concentração de renda nestes tempos globalizantes.

Entretanto, a produção de conhecimento novo e a formação avançada de recursos humanos nos países em desenvolvimento na área da saúde é, como fartamente documentado, parte essencial dessas ações quando se busca alcançar eqüidade nos sistemas de saúde. É minha impressão que as ações desenvolvidas nessa direção pelo Decit, em associação com as Instituições de Pesquisa e as Agências de Fomento no triênio, são um marco importante nessa direção.

Como decorrência daquelas pôs-se em movimento a Agenda Nacional de Pesquisa em Saúde dando seqüência às recomendações da Conferência Nacional de Saúde. Embora estejamos distantes da eqüidade, isso por si só dá bem a dimensão do trabalho multidimensional que se vem tentando realizar na área da saúde visando alcançá-la.

Assim, creio que as principais contribuições do Decit/MS no triênio permitiram avançar de forma densa na direção de um sistema de financiamento novo, dedicado à área da saúde, cuja parceria com as Agências de Fomento evitou a duplicação de esforços e incorporou a avaliação por pares especialistas, de extrema importância para o enfrentamento dos desafios da saúde no Brasil. Há que preservá-lo e, nesse sentido, resta para terminar, retomar as palavras de Reinaldo Guimarães na apresentação de seu relatório de gestão em 2004. Diz ele: "...A maior fragilidade de nossa proposta é a pequena institucionalidade do novo papel do MS no campo de pesquisa em saúde..." "...Um outro ministro em um outro governo, se não tiver os mesmos atributos, simplesmente põe abaixo o que foi construído. Para que esta política se transforme em marca permanente de governo – e por extensão em política de Estado, com a incorporação da pesquisa científica e tecnológica no âmbito das tarefas do SUS – será necessário fundá-la em bases mais institucionais..." Com elas encerro minhas considerações, recomendando fortemente ao Decit empreender trabalho sistemático dedicado à continuação da legitimação política de seu trabalho junto à comunidade científica através de suas sociedades organizadas, junto às instituições que se tornaram parceiras, às agências de fomento e ao Legislativo, de modo a garantir a institucionalização do esforço empreendido até então. Este encontro é um exemplo dessa busca. É preciso evitar a regra, sempre que possível, de que as contribuições relevantes devam ser sempre sucedidas por recuos substantivos a cada ciclo de governo.

## Referências

- BLACK; DONALD. Evidence based policy: proceed with care. Commentary: research must be taken seriously. *British Medical Journal*, [S.l.], v. 323, n. 7307, p. 275-279, 2001. Disponível em: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/323/7307/275>
- Declaration of Alma Ata *Adopted by the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, the Kazakh Soviet Socialist Republic (now Kazakhstan), 6-12 September 1978* Healthy Documents. *World Alliance for Breastfeeding Action* • People's Health Assembly.
- GONZALEZ-BLOCK. Health policy and systems research agendas in developing countries. *Health Research Policy and Systems*, Geneva, v. 2, p. 6, 2004. Disponível em: <http://www.health-policy-systems.com/content/2/1/6>
- NEW Freedom Commission On Mental Health (2005). Subcommittee on evidence-based practices: background paper. DHHS Pub. No. SMA-05-4007. Rockville, MD: [www.mentalhealthcommission.gov](http://www.mentalhealthcommission.gov)
- MITTELMARK et al. Research and Practice for Equity in Health: Actions of the International Union for Health Promotion and Education. *Health Promotion Practice*, [S.l.], v.5, n. 2, p. 115-117, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência. Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Coordenação Geral de Apoio À Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico. *Relatório de Gestão (2003)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência. Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Coordenação Geral de Apoio À Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico. *Relatório de Gestão (2004)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência. Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Coordenação Geral de Apoio À Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico. *Relatório de Gestão (2005)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- SITTHI-AMORN and Somrongthong. Strengthening health research capacity in developing countries: a critical element for achieving health equity. *British Medical Journal*, [S.l.], v. 321, p. 813-7, 2000.
- TUGWELL et al. Health Research Profile to assess the capacity of low and middle income countries for equity-oriented research. *Biomed Central Public Health*, [S.l.], v. 6, p. 151, 2006. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/151>

---

## **Anexo C: Um curto percurso, no caminho certo**

---

**José da Rocha Carvalho**

*"Não sabendo para que porto  
navegamos, não há vento favorável"*  
*Sêneca (4 aC - 65 dC), filósofo romano*

### **Prólogo**

Samba antigo, gravado por Francisco Alves, parafraseou Sêneca: "Pra quem não tem aonde ir, qualquer caminho é caminho ...". Terá sido essa a sina do Decit, nestes ("mais dois") anos celebrados no título da reunião? Será ainda pouco tempo para julgar com propriedade?

Primeira tarefa é identificar o porto de destino (objetivo). Na seqüência, conhecer os procedimentos náuticos (método). Concluindo com a habilidade na atracação (resultado). Que esta não seja extravagante à maneira do "Velho Marinheiro", de Jorge Amado: Vasco Moscoso de Aragão, um enganador, usou excessivas amarras. A galhofa dos verdadeiros marinheiros foi abafada por inacreditável vendaval, como jamais houve naquele porto. Não esperemos por vendavais, a mais importante missão será a de fortalecer o vínculo entre a política nacional de saúde e a de pesquisa em saúde.

Vamos dedicar três secções desta contribuição a esses eixos no trabalho desenvolvido pelo Decit: quais objetivos, método e resultados pudemos identificar. Claro está que formular os dois primeiros não foi tarefa restrita ao curto período indicado. Valeu-se o Decit do acúmulo de décadas e do esforço de múltiplas gerações. Lembramos, apenas à guisa de exemplo, na recente "I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde", de 1994: Carlos Morel e a equipe que elaborou e redigiu o documento básico; João Baptista Risi Júnior, coordenador da Conferência; de uma geração ainda mais antiga, Alberto Carvalho da Silva na preparatória de São Paulo foi pouco otimista: "Será útil se, ao menos, servir para organizar o trabalho de pesquisa no próprio Ministério da Saúde". Em respeito à memória do velho mestre, faremos um esforço para indagar se esta premonição se cumpriu. Deixemos esta apreciação qualitativa para um Epílogo que, com este Prólogo, compõe as cinco seções do trabalho.

### **Primeira parte: os objetivos**

1. Não é a primeira vez, tentativas anteriores:
  - 1.1. Propostas da academia, das entidades e das agências de fomento;
  - 1.2. Cada instituição procede de acordo com os cânones e com seu perfil: a universidade no quadrante de Böhr, as raras empresas inovadoras no de Edison, poucas iniciativas de inovação radical e pouca afeição ao quadrante de Pasteur;
  - 1.3. Nunca se conseguiu um consenso quanto à adoção de uma agenda de prioridades, mas houve acúmulos tópicos representados por evidência de insuficiente desenvolvimento de áreas modernas importantes; Bioq-Fapesp, em São Paulo; os Programas Integrados do CNPq, o PIDE e o PIG.
2. Uma agência, à semelhança das experiências em outros países:
  - 2.1. Em diversos países desenvolvidos, e mesmo em alguns em desenvolvimento, a "pesquisa necessária" em saúde é desenvolvida por agências especializadas;
  - 2.2. Lembrar, como exemplos, o NIH nos EUA (singular, plural; intramuros e extramuros) e o INSERM e a ANRS na França;
3. A tradição brasileira: agências não especializadas:

- 3.1. O sistema brasileiro de fomento sempre se notabilizou por seu caráter múltiplo, embora desde a origem estivesse sempre no encalço de algum avanço em área especialmente sensível, no campo da energia, ou da física nuclear, ou até da biologia em período mais recente;
  - 3.2. O CNPq é o exemplo mais paradigmático do que tem sido a adesão da comunidade científica brasileira a um modelo de desenvolvimento C&T; a certeza de que a pesquisa fundamental conduz inexoravelmente ao desenvolvimento tecnológico;
  - 3.3. O ingresso da Finep com uma perspectiva mais dirigida ao desenvolvimento tecnológico, mas ainda assim com características de múltiplos setores de interesse;
  - 3.4. A crítica à incursão da Finep num terreno de financiamento com retorno, competindo com o BNDES (*grant versus loan*);
  - 3.5. A crítica menos enfática aos PADCTs e a aceitação implícita dos mecanismos *push* e *pull* do desenvolvimento C&T.
4. A exceção à regra, a Embrapa, seu sucesso na área agrícola e pecuária:
    - 4.1. Cada vez mais freqüentemente apresenta-se o exemplo da Embrapa como motivo de sucesso na verticalização de uma proposta de desenvolvimento tecnológico. Ancorado na criação do Instituto Tecnológico de Aeronáutica (ITA) e do Centro Técnico Aeroespacial (CTA), de onde derivou empresa privada que produz aviões competitivos em escala mundial. Em paralelo, é mencionada a experiência da Embrapa como empresa pública de desenvolvimento C&T na área agrícola e pecuária. Faz-se isso como parte do argumento de que caminho semelhante deve ser trilhado na área da saúde, criando agência especializada. Não será missão tão simples assim: basta comparar as diferenças entre as cadeias produtivas em agricultura com as da saúde. No limite, organismos geneticamente modificados (OGM) estarão presentes em ambos os campos. Porém, não se imagina o complexo produtivo em saúde produzindo *commodities* como soja;
    - 4.2. Não se pense que o terreno da saúde, neste contexto, possa ser assemelhado a qualquer outro simplesmente por ter também uma presença expressiva no processo de acumulação de capital.
5. Uma proposta mal apresentada e mal defendida é massacrada num plenário hostil: o mundo acadêmico não sabe fazer-se entender pelo povo?
    - 5.1. Numa tentativa de consolidar o processo de financiamento da pesquisa em saúde pelo Ministério da Saúde, foi proposta a criação de agência de fomento especializada;
    - 5.2. A tradição deste debate não ultrapassar o meio acadêmico passou despercebida, ao ser lançada a idéia na II CNCTIS;
    - 5.3. Já está consolidada a tradição, no âmbito da saúde, de submeter as propostas mais ambiciosas ao debate nos conselhos e nas conferências. Tanto em uns quanto noutras, a composição dos plenários decisórios é paritária, com a metade dos seus membros composta de usuários do sistema de saúde;
    - 5.4. Essa composição é perfeitamente compreensível para apreciar temas relacionados com a gestão dos serviços e com a prestação das ações programáticas de saúde. Já se complicou numa conferência de vigilância sanitária, ao definir que o "setor regulado" também participaria. Entendeu-se como tal a representação dos empresários de produtos e serviços de saúde;

- 5.5. No caso especial da C&T em saúde, é usual empregar o conceito de hélice tripla (*triple helix*). É composta de três segmentos: governo, empresas e academia. A natureza, pública ou privada, de cada segmento depende do mercado para o qual se está discutindo proposta de política;
  - 5.6. Submeter proposta de organização da produção de C&T em saúde a um plenário habituado a tratar de questões mais próximas de sua realidade, as ações de saúde, só podia dar o resultado que se viu. Uma absoluta negativa à criação de uma agência especializada, que foi tomada como privatização, estigma que acompanha, nesse contexto, tudo o que se afasta da administração direta. Até mesmo as fundações de apoio de grandes hospitais universitários são assim encaradas;
  - 5.7. Em suma, a proposta de uma agência de fomento especializada em saúde não foi aprovada pela II CNCTIS.
6. Uma política e uma agenda são definidas:
    - 6.1. Tivemos relativo insucesso, na óptica dos que se batiam pela criação da agência especializada em saúde como principal instrumento de avanço na organização da pesquisa em saúde;
    - 6.2. Porém, o sucesso superou este tropeço: foi definida uma política e aprovada uma agenda de prioridades para C&T em saúde. Com a participação de milhares de militantes do chamado "controle social". Além dos tradicionais membros da hélice tripla, neste caso minoria em relação à representação da sociedade inclusiva. Uma espécie de "hélice tripla plus" não foi sensível ao que parecia ser consenso entre acadêmicos. Mas não tão claramente consensual entre governantes e empresários. Enfim, é tema ainda não totalmente decidido. Porém com uma decisão provisória "transitada em julgado" pela lógica usual do sistema de saúde brasileiro.
  7. Objetivo do trabalho desde então desenvolvido: cumprir e fazer cumprir:
    - 7.1. A negativa de criação da agência aumentou a responsabilidade do Decit. A este órgão do Ministério da Saúde ficou atribuída a responsabilidade de tornar efetiva a política e fazer o possível para desenvolver, financiar e buscar financiamento para as linhas de pesquisa consideradas na agenda de prioridades;
    - 7.2. Desta forma, nesta apreciação crítica, trataremos de analisar se o Decit cumpriu esses mandatos.

## **Segunda parte: o método**

1. Muitos são os caminhos, cada um escolhe o seu;
2. Os acúmulos aqui e no exterior: mais discurso do que prática, a carga da doença domina o cenário, fortemente difundida pelo esforço do Banco Mundial e da própria OMS, em sua visão macroeconômica da saúde;
3. O esforço do Global Fórum e a Matriz Combinada;
4. O exemplo dos EUA: *Healty People* 2010 e o NIH, *translational medicine*, nanobiotecnologia e a *road map*;
5. Nossa prática exige a participação da sociedade, nos conselhos e nas conferências: a I CNCTS;
6. O CNS e seu esforço na construção de uma Agenda de problemas;
7. Os desdobramentos para estados e municípios, um embrião de verdadeira agenda, à semelhança do *Healty People*;
8. O processo concreto da proposta de agenda de prioridades em pesquisa na área da saúde: o seminário, a agenda e as subagendas;

9. O processo da II CNCTIS, o documento básico e a agenda de prioridades, as conferências municipais e estaduais; a representação da comunidade científica;
10. A II CNCTIS finalmente formula a política e esboça a agenda de prioridades que é completada por discussões nos CES e no CNS.

### **Terceira parte: os resultados**

1. Um referencial para a agenda de prioridades em pesquisa, a agenda de problemas:
  - 1.1. Os indicadores de saúde e a carga da doença, um possível referencial para ações de saúde;
  - 1.2. Agendas de Saúde são uma expressão dos interesses dos coletivos que as formulam, não necessariamente traduzem problemas reais; os critérios "científicos" de expressão destes problemas também são questionáveis;
  - 1.3. A Agenda do SUS foi formulada pelo CNS e adaptada em cada estado pelo correspondente CES. Há um evidente desbalanço entre os fatores de organização e gestão do SUS, que predominam em relação a temas de doenças e agravos;
  - 1.4. Num ambiente acadêmico em que predomina a pesquisa biomédica básica, o modelo adotado para construir a agenda de pesquisa fatalmente apresentará discrepâncias, quando comparada com a Agenda do SUS;
2. Um referencial para o desempenho do Decit, a agenda de prioridades de pesquisa:
  - 2.1. A II CNCTIS acolheu a agenda de prioridades formulada no seminário, em grande parte pela sua análise nas conferências estaduais preparatórias;
  - 2.2. Apesar de sua concordância com a agenda do seminário, novas sub-agendas foram incluídas;
  - 2.3. Esta agenda de prioridades final será o referencial principal para análise do desempenho do Decit nestes dois anos que nos separam da Conferência;
  - 2.4. Esta análise pode ser quantitativa, porém faremos uma apreciação apenas em escala nominal pelo curto período que nos separa da formulação da agenda de prioridades; fatalmente, no futuro, novas apreciações quantitativas serão instrumento de ação de "grupos de interesse" internos ao setor saúde.
3. Outro referencial para o desempenho do Decit, a política formulada na II CNCTIS:
  - 3.1. Complexidade da PNCTIS, seus princípios, eixos e estratégia;
  - 3.2. A primazia das "principais ações" da estratégia proposta no momento de análise crítica do desempenho do Decit.
4. O desempenho quantitativo: recursos financeiros, editais, programas e projetos financiados.
5. O desempenho qualitativo: temáticas se encaixam na agenda?
6. A visibilidade do Decit e, por decorrência, do Ministério da Saúde, no cenário da C&T no Brasil; e no exterior (?).
7. Um exemplo: o esforço na constituição de uma rede de ensaios clínicos e seus desdobramentos naturais, os ensaios "não clínicos", o sistema CEPs/ CONEP, o registro obrigatório de ensaios clínicos.
8. Outro exemplo: apoio ao Complexo Produtivo de Saúde.

### **Epílogo**

No caminho certo, agora é consolidar.

Os ventos sopram sem cessar levando o barco do Decit.

## **EQUIPE TÉCNICA**

### **Moisés Goldbaum**

Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde  
(SCTIE/MS)

### **Suzanne Jacob Serruya**

Diretora do Departamento de Ciência e Tecnologia em Saúde (Decit/SCTIE/MS)

### **Assistentes de direção**

Cristiano Costa

Ramon Pires Paiva

### **Coordenação-Geral de Desenvolvimento Institucional**

Márcia Motta (Coordenadora)

Antonia Angulo-Tuesta

Cristianne Haraki

Daniel Áreas Brito

Daniela Loiola

Emanuelle Weyl da Cunha Costa

Emerson Vasconcelos

Ludmila Neves

Márcio Alex

Margarete Oliveira

Priscila Almeida

Rita de Cássia Martins

Shirlene Holanda

### **Coordenação-Geral de Apoio à Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico**

José Seixas Lourenço (Coordenador)

Alfredo Schechtman

Carcílio Franco

Cristiane Alves

Francisco Serra

Heloíza Helena Bastos



Lilian Peters  
Marge Tenório  
Mônica Alves de Azevedo  
Natália Veloso  
Zilda Darci dos Reis Gertrudes

### **Coordenação-Geral de Comunicação e Informação**

Maria Cristina Costa de Arrochela Lobo (Coordenadora)  
David Ribeiro de Abreu  
Ivy Fermon Cardoso da Costa  
Jacqueline Carvalho Gagliardi  
Juliana Araújo Pinheiro  
Karla Lisboa Ramos  
Luciana Barreto  
Maria Beatriz Amaro  
Raquel Damasceno Pinheiro  
Renata Guimarães Osório  
Renata Maia

### **Coordenação-Geral de Biotecnologia em Saúde**

Angélica Pontes (Coordenadora)  
Ana Paula Corrêa  
Clarice Barros  
Isabel Cristina Santos  
Mônica Fragoso  
Thenille Carmo

### **Coordenação-Geral de Avaliação de Tecnologias em Saúde**

Flávia Tavares Silva Elias (Coordenadora)  
Cleber Alvarenga de Medeiros  
Érika Barbosa Camargo  
Fernanda de Oliveira Laranjeira  
Itajaí de Oliveira Albuquerque  
Marcus Tolentino Silva  
Sandra Ceciliano de Souza Veloso  
Uliana Pontes Veloso

### **COMITÊ TÉCNICO-CIENTÍFICO**

Carmen Fontes de Souza Teixeira – ISC/UFBA  
José da Rocha Carnevalheiro – Abrasco  
Luiz Eugênio Portela de Souza – SMS Salvador  
Maurício Barreto – ISC/UFBA  
Moisés Goldbaum – SCTIE/MS  
Reinaldo Guimarães - Fiocruz  
Rita Barradas Barata – FCMSC/SP  
Suzanne Jacob Serruya – Decit/SCTIE/MS

### **COORDENAÇÃO DO EVENTO**

Daniela Loiola  
Juliana Pinheiro  
Márcia Motta  
Margarete Oliveira  
Maria Beatriz Amaro  
Maria Cristina Costa de Arrochela Lobo

### **EQUIPE DA RELATORIA**

Alfredo Schechtman  
Ana Paula Corrêa  
Cristiane Alves  
Cristianne Haraki  
Érika Barbosa Camargo  
Fernanda de Oliveira Laranjeira  
Francisco Serra  
Heloíza Helena Bastos  
Isabel Cristina Santos  
Ivy Fermon Cardoso da Costa  
Jacqueline Carvalho Gagliardi  
Karla Lisboa Ramos  
Lilian Peters  
Luciana Barreto  
Ludmila Neves  
Marge Tenório

Maria Cristina Costa de Arrochela Lobo

Mônica Alves de Azevedo

Mônica Fragoso

Natália Veloso

Priscila Almeida

Renata Maia

Rita de Cássia Martins

Thenille Carmo

Zilda Darci dos Reis Gertrudes

ISBN 978-85-334-1334-4



9 788533 413344

Disque Saúde  
0800 61 1997

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde  
[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)

Legislação em Saúde  
[www.saude.gov.br/saudelegis](http://www.saude.gov.br/saudelegis)



**Organização  
Pan-Americana  
da Saúde**  
Escritório Regional para as Américas da  
Organização Mundial da Saúde

**Ministério  
da Saúde**

